

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E. A. P. DE ODONTOLOGÍA

**Nivel de conocimientos y conducta sobre salud bucal en
internos de ciencias de la salud**

TESIS

para obtener el título profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Johnatan Manuel Santillán Condori

Lima – Perú

2009

Jurado de Sustentación

Presidente: MG. MONICA VALENCIA BAZUL

Miembro : C.D. ESP. SYLVIA CHEIN VILLACAMPA

Miembro Asesor: C.D. SAUL ILIZARBE ESCAJADILLO

DEDICATORIA

A mis padres por su sacrificio
y por sus palabras.

A mi abuelo “el rebelde” por
ser el ejemplo en mi vida.

A mi esposa por inspirarme y enseñarme
que todo se puede conseguir con esfuerzo.

A mi país que me dio la educación,
me vio nacer y me dio su sangre mestiza.

AGRADECIMIENTO

A Dios, que ilumina nuestros caminos.

A mi Alma Mater, que me da el respaldo de su prestigio.

A mis maestros, que me formaron con la brújula de la investigación.

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases Teóricas	12
2.2.1. Conocimiento y Aprendizaje	12
2.2.2. Conductas y Actitud	13
2.2.3. Fases entre el conocimiento y la conducta	15
2.2.4. SALUD BUCAL	16
2.3 Planteamiento del Problema	43
2.3.1 Formulación del Problema	44
2.4 Justificación	45
2.5 Objetivos de Investigación	46
2.6 Hipótesis	47
2.7 Operacionalización de Variables	48
III. MATERIAL Y MÉTODOS	50
3.1 Tipo de Estudio	50
3.2 Población y Muestra	50
3.2.1 Población	50
3.2.2 Muestra	50
3.2.3 Unidad de Análisis y de observación	52
3.3 Materiales	52

3.3.1 Recursos Humanos:	52
3.3.2 Recursos Materiales	52
3.4 Métodos	53
3.4.1 Procedimientos y Técnicas	53
3.4.2 Recolección de Datos	55
IV. RESULTADOS	57
V. DISCUSIÓN	86
VI. CONCLUSIONES	
VII. RECOMENDACIONES	
RESUMEN	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

Introducción y Objetivos: La evidencia científica muestra que muchas enfermedades se pueden evitar aplicando medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas permanentes de **educación**, que sean de amplia cobertura. Los estudiantes de ciencias de la salud son un grupo de gran importancia, debido a que el impacto que se pueda tener sobre sus conductas va a influir en el desarrollo de estilos de vida que influyan en sus acciones profesionales posteriores. Es importante, entonces, saber qué conocimientos y conductas presentan los internos de ciencias de la salud, para aportar elementos útiles a la planificación de intervenciones educativas que favorezcan el desarrollo de estilos de vida saludables.

Materiales y Métodos: El propósito de este estudio fue evaluar el conocimiento adquirido y conductas desarrolladas en salud bucal de 158 estudiantes de ciencias de la salud de la UNMSM durante el último año de su carrera universitaria de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú, por medio de una encuesta de percepción que constó de 10 preguntas de información de conducta personal, y 10 de conocimientos sobre salud bucal.

Resultados: El nivel de conocimiento alcanzó el 80.4% de internos un nivel regular en conjunto y también dentro de cada escuela resultó el mismo nivel de forma mayoritaria; por otro lado el nivel de conducta alcanzó el 75.9% en un nivel regular en conjunto además de resultar el mismo nivel para las 5 escuelas de manera independiente; encontramos también al realizar la correlación de spearman entre el nivel de conocimiento según el nivel de conducta, una correlación positiva interdependiente.

Conclusiones: Las conductas adquiridas durante su formación universitaria fueron similares independiente de la escuela académica; las respuestas estuvieron basadas en conocimientos previos a la participación del mismo, por ello se le debe dar un mayor protagonismo en el programa al área de salud bucal.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, Nivel de conducta, Salud bucal, estudiantes de ciencias de la salud.

Abstract

Introduction and objectives:

The scientific evidence shows that a lot of diseases should be prevented by groups with education programs with wide knowledge. The health sciences students are one of the more important people group because their behavior will impact into their professional lives. In fact is so necessary to know the level of their oral health knowledge and behavior to add useful tools on their education to get a life style better.

Materials and methods: The purpose of this study was to evaluate the knowledge and behavior acquired in buccal health of 158 science health students of San Marcos University from Lima, Peru during their last year of students life at the university, by means of a survey of perception that consisted of 10 questions of personal behavior information and about and 10 of oral health knowledge. **Results:** The knowledge level was regular (80.4%) and the same result was found in the 5 professional schools, the behavior level was regular (75.9%) and the same result was found in the 5 professional schools. Whit the spearman correlation test between knowledge level by behavior level was found a positive correlation ship.

Summations: The acquired knowledge during the university program were similar independent of the group of the professional school; and according to the results one can say that the answers were based on previous knowledge to the participation of the same one, in and of itself a bigger protagonism should be given in the program to the area of buccal health.

Key words: oral health knowledge, oral health behavior, oral health, science health students.

I. INTRODUCCION

Desde hace muchos años se sabe que los conocimientos y conducta en relación con la salud son muy importantes para la prevención y curación de las enfermedades. Sin embargo, la caries dental y la enfermedad periodontal aparecen entre las primeras causas de morbilidad bucal a nivel mundial y nuestro país no está exento de estos problemas, lamentablemente, estos no son temas trascendentales para la población peruana debido a la crisis económica que atraviesa el país. La mayoría de los pobladores no se preocupan por asistir al odontólogo a menos de que tenga un problema grande y doloroso que lo incapacite a seguir con la rutina diaria, sabiendo que el ingreso económico está primero para cubrir las necesidades básicas de alimentación, vivienda y educación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2003 publicó un informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales, en el cual la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y el cánceres de boca y faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a países industrializados, cada vez con mayor frecuencia, y a países en desarrollo, haciendo referencia a las comunidades más pobres, la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. Según la OMS los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo.¹

En esta población se encuentran los estudiantes de todo nivel, en especial los estudiantes universitarios que tendrán un papel fundamental al término de sus carreras dentro de la población, ejercerán liderazgo en grupos y serán modelos a seguir y consultar. En los estudiantes de ciencias de la salud, esta premisa abarca a todo lo que salubridad y morbilidad se refiere, por consiguiente es de suma importancia que aquellos que culminen sus carreras

profesionales sean los más aptos para distribuir los conocimientos recibidos en toda la población además de llevar una conducta acorde con lo aprendido.

El objetivo de la presente investigación fue determinar el nivel de conocimientos y conducta sobre salud bucal de internos de ciencias de la salud con el fin de evaluarlos y poder determinar la situación en que se encontraron durante el último año de carrera universitaria, del que egresan para ser profesionales de la salud debiendo dominar y ejercer también puntos básicos de prevención odontológica.

La relevancia de la investigación radica en que se puedan utilizar los resultados encontrados de manera objetiva para poder vigilar los aspectos de efectividad de los conocimientos sobre salud bucal, los cuales se manifiestan en la conducta, alcanzados hasta el último año de carrera universitaria de los internos de ciencias de la salud, de los cuales se evaluaron a los internos de la facultad de medicina, que cuenta con las escuelas profesionales de nutrición, obstetricia, enfermería, tecnología médica y medicina humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.²

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Al-Ansari, Jassem M, Sisko H. en el año 2007 realizaron un trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar el conocimiento sobre salud bucal y comportamiento de los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud en Kuwait. Fue un estudio de tipo descriptivo, cuya población fue de 528 estudiantes. Sus resultados respecto a comportamiento de salud bucal incluyeron que la mayoría de los estudiantes habían visitado al dentista durante el año (65% de estudiantes de sexo femenino y el 60% de los estudiantes varones, $p = 0,000$). Las estudiantes resultaron tener mucho mayor conocimiento de la salud bucal que los estudiantes varones. Los únicos aspectos en los que los estudiantes varones fueron mejor fue el concepto de conocimiento de las extracciones como tratamiento para el dolor dental (87,9% vs 89,1%) y bacterias en la etiología de caries (56,8% vs 62,5%), pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los conocimientos sobre la salud bucal fueron estadística y significativamente mayor entre las mujeres estudiantes (media, 6.5, SD, 1.9) que entre los varones (media, 6.0; SD, 1.7). También se asocia fuertemente con la edad entre los estudiantes de sexo femenino: 6.3 (SD 1.8) en 18-20 años de edad, 6.5 (SD 2.0) en 21-25 años de edad, y 7.5 (SD, 2.1) en los 26 años de edad y más. Concluyeron que el conocimiento y comportamiento sobre salud bucal de los estudiantes universitarios de ciencias de la salud en Kuwait, especialmente entre los estudiantes varones, son deficientes.³

Hak-Kong Yip K., W. S. Rong, W. J. Wang publican en el año 2006 realizaron un trabajo de investigación cuyo objetivo fue comparar las diferencias de actitudes y comportamiento sobre salud bucal entre los estudiantes de medicina y odontología, su población fueron 2 promociones del mismo año pero de cada facultad, siendo analizados en su primer año de estudios universitarios y posteriormente en el ultimo. El método usado fue la versión original de la Encuesta de la Universidad de Hiroshima sobre

comportamiento de salud dental (HU-DBI) que ha sido escrito en japonés. Después de probar la validez de ambas versiones en inglés y chino, se administró a los nuevos estudiantes de odontología y medicina. En su último año de estudio de universidad, el mismo cuestionario fue administrado de nuevo, los resultados que se encontraron obtuvieron diferencias significativas en relación con 13 de 21 puntos tratados, lo que refleja una mejora en las actitudes y el comportamiento de la salud bucal en el último año los estudiantes de odontología en comparación con el momento en que ingresan. Esta diferencia no se consideró significativa en la muestra de estudiantes de medicina. Las conclusiones fueron que existen diferencias significativas en las actitudes y comportamiento de salud bucal entre los estudiantes de odontología al ingresar y al finalizar sus estudios universitarios. En cambio con los estudiantes de medicina no se encontraron estas diferencias significativas.⁴

Pérez E. y Rivera B. Realizaron un trabajo de investigación cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos en salud bucal que poseen los estudiantes de la ciudad de Santiago. Cuya hipótesis fue que los conocimientos en salud bucal de los estudiantes son insuficientes para mantener un óptimo estado de salud en sus bocas. Fue un estudio de tipo descriptivo y transversal, La muestra sistemática fue de 345 estudiantes, seleccionada aleatoriamente con un error estándar del 5%, de una población total de 3,246. El Instrumento utilizado fue una guía de entrevista estructurada con 47 preguntas. La validación del Instrumento fue realizado tanto en contenido como en formato y estilo por dos expertos, quienes revisaron el borrador del instrumento para garantizar la claridad y pertinencia del contenido, en tanto que tres expertos en investigación social examinaron formato y estilo. Sus resultados después de haber encuestado un total de 257 estudiantes fue que el nivel de conocimientos promedio de los jóvenes fue aceptable, es decir que más del 50% de ellos responde de manera correcta a las preguntas que les fueron formuladas. Concluyen que los estudiantes conocen sobre los hábitos de higiene bucal, además de las recomendaciones de la visita al menos una vez al año al odontólogo, algunas consecuencias relacionadas a la mala salud bucal y de las repercusiones en la salud general. En cuanto a actitudes para la mayoría es

buena, por lo tanto, es necesario desarrollar actividades en ellos que les ayude a influir en pro de modos y estilos de vida favorables, de manera que éstas ayuden a rescatar una correcta higiene dental.⁵

Dumitrescu A. ,Madalina L. y la estudiante Ioana Andreea Popescu en el 2005 realizan un estudio comparativo de actitud en salud bucal y conducta usando la encuesta de conducta sobre salud bucal de la universidad de Hiroshima (HU-DBI) entre estudiantes de medicina y odontología en Rumania. Cuyo objetivo fue presentar las diferencias en los niveles del cuidado de salud bucal entre los alumnos del primer año de odontología y medicina general. Los sujetos del estudio fueron 118 estudiantes de primer año de odontología (68) y de medicina (50) quienes fueron invitados a esta encuesta utilizando la versión en rumano de dicha encuesta y tres preguntas sobre la frecuencia de cepillado, uso de hilo dental y enjuague bucal, al final del año académico. La edad media (SD) de los estudiantes de odontología y los de medicina fue 19,76 (0,52) y 19,25 (0,43) años de edad, respectivamente. El porcentaje de estudiantes mujeres fue mayor en ambas muestras (75% y 65%, odontólogos y médicos, respectivamente). Sólo el 6% de los estudiantes de odontología no se preocupa mucho de visita dentista (tema 1), mientras que el 32% del grupo médico lo hicieron ($P < 0,001$). Además, el 56% de los estudiantes de medicina buscan atención dental sólo cuando surgen los síntomas, en comparación con el 31% de los estudiantes de odontología ($P < 0,01$). No se observaron diferencias significativas entre los estudiantes de medicina y odontología sobre cepillado y uso de hilo dental en relación con la frecuencia en función del sexo. Concluyeron que hubo diferencias significativas en la actitud de salud dental y el comportamiento entre los estudiantes de medicina y odontología de primer año.⁶

Takashi Komabayashi, Stella Yat Lai Kwan, De-Yu Hu, Kyoko Kajiwara, Hisako Sasahara y Maloto Kawamura en el año 2004 realizaron un estudio cuyo objetivo fue comparar actitudes y comportamientos sobre salud bucal entre estudiantes odontología. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal. En Gran Bretaña y China, 192 de 266 y 180 de 303 estudiantes de odontología

responden las versiones en inglés y en chino de la de conducta sobre salud bucal de la universidad de Hiroshima (HU-DBI), respectivamente. Los datos fueron analizados estadísticamente por regresión logística y se obtuvieron los siguientes resultados: 1) El sangrado gingival es más frecuente en estudiantes chinos que en los estudiantes británicos, aunque el número de estudiantes que habían tenido instrucción profesional de higiene bucal fue mayor en China que en Gran Bretaña; 2) Que 29% de los estudiantes chinos cree que llevar prótesis en la vejez es inevitable, mientras que el 7% de los estudiantes británicos lo cree así 3) que los estudiantes chinos se preocupan más por la apariencia de sus dientes, encías y la halitosis, y 4) 54% de los estudiantes chinos buscan atención dental sólo cuando surgen los síntomas, en comparación con el 13% de los estudiantes británicos. Concluyen que después de comparar los 2 grupos con el HU-DBI reveló interesantes diferencias en las actitudes y comportamiento sobre salud bucal, mientras que el modelo de regresión logística también estableció diferencias entre los 2 grupos de estudiantes, con una probabilidad de casi el 95%.⁷

Kawamura M, Spadafora A, Kim KJ, Komabayashi T. En el año 2002 publican un trabajo sobre una comparación entre estudiantes de higiene dental de Estados Unidos y Korea usando la encuesta de conducta sobre salud bucal de la Universidad de Hiroshima (HU-DBI). Su objetivo fue comparar las diferencias de comportamiento de salud dental de los estudiantes de ambos países. Se estudió a 126 estudiantes en EE.UU. y 246 en Corea, quienes fueron encuestados (en versiones en Inglés y coreano, respectivamente). Sus resultados incluyen que hay grandes diferencias en el comportamiento de salud bucal entre estos estudiantes. Una pequeña proporción de los estudiantes de EE.UU. (1%) informaron del sangrado de la gingiva cuando se cepillan sus dientes, el 37% de los estudiantes coreanos lo hicieron ($P < 0,001$). Sólo el 19% de los estudiantes coreanos había sido incentivado por su dentista que estaba realizando un adecuado control de placa, en contraste con el 76% de los estudiantes de EE.UU. El modelo de regresión logística mostró que era posible distinguir a los estudiantes de EE.UU. de los Coreanos con una probabilidad de más del 90% mediante el uso de la HU-DBI. En conclusión hubo diferencias

significativas en las actitudes y el comportamiento de higiene dental entre los estudiantes de los dos países.⁸

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Conocimiento y Aprendizaje

2.2.1.1 Conocimiento⁹

Definición:

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomado por si solos, poseen menor valor cualitativo.

Características:

El conocimiento es una **capacidad humana** y no una propiedad de un objeto, su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento. Esto implica que cuando hablamos de gestionar conocimiento, queremos decir que ayudamos a personas a realizar esa actividad.

Carece de valor si permanece estático. Sólo genera valor en la medida en que se mueve, es decir, cuando es transmitido o transformado. Genera conocimiento mediante el uso de la **capacidad de razonamiento o inferencia** (tanto por parte de humanos como de máquinas); **tiene estructura y es elaborado**, implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre entidades abstractas o materiales.

Puede ser **explícito** (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad) o **tácito**. Este es el caso del conocimiento heurístico resultado de la experiencia acumulada por individuos. Puede estar **formalizado en diversos grados**, pudiendo ser también **informal**. La mayor parte del conocimiento transferido verbalmente es informal.

2.2.1.2 Aprendizaje¹⁰

El aprendizaje es un cambio duradero en los mecanismos de conducta, resultado de la experiencia con los acontecimientos ambientales.

Aprender es una actividad que puede resultar muy fácil para algunos y un poco compleja para otros; el grado de dificultad también está limitado a lo que debemos aprender. Esto se debe a que, aunque todos nacemos con la misma capacidad de inteligencia, no todos saben cómo desarrollarla; es así como se derriba el mito de que existen individuos “más inteligentes que otro” o “mejores que otros”.

El concepto de aprendizaje es fundamental para que podamos desarrollar el intelecto y adquiramos información que nos será muy útil para desenvolvernó en nuestro entorno, refleja un cambio permanente en el comportamiento el cual absorbe conocimientos o habilidades a través de la experiencia. Para aprender necesitamos de tres factores fundamentales: observar, estudiar y practicar.

Para que el aprendizaje sea eficiente se necesitan de tres factores básicos: inteligencia y conocimientos previos, experiencia y motivación.

2.2.2. Conductas y Actitud

2.2.2.1. Conducta¹¹

Definición

Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros. Por este motivo se dice que es toda actividad humana que sea observable por otra persona. El comportamiento no es solo un mero conjunto de interacciones, estímulo y respuesta, sino una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la persona.

El comportamiento precisa una manifestación externa en el mundo o realidad. El entorno social modifica la respuesta y la persona influye, igualmente, en el entorno en el que se encuentra y por el que está rodeado.

Tipos de conducta

Conducta estereotipada

Conducta aprendida

Conducta compleja

Conducta estereotipada

Es innata, puede ser un tactismo por el que todo el órgano se mueve en relación con un determinado estímulo externo. Si se mueve en dirección al estímulo diremos que es tactismo positivo si se aparta negativo. Los reflejos son considerados como conductas estereotipadas y se distinguen de los tactismos en que los primeros suelen extender el movimiento a una parte del organismo.

Conducta aprendida

El aprendizaje es la modificación de la conducta estereotipada o adquisición de nuevos tipos de conducta. Los criterios para distinguir la conducta aprendida de las modificaciones de la estereotipada: a) el aprendizaje debe ser permanente, b) no será alteración permanente en la conducta.

El hábito es el método más sencillo de aprendizaje, es la eliminación completa de la conducta estereotipada como resultado de un estímulo repetido.

Conducta compleja

El razonamiento es la facultad de utilizar experiencias pasadas, con deducción lógica, para resolver problemas nuevos más o menos complicados.

2.2.2.2. Actitud¹²

La Actitud, es la variable más estudiada en psicología social debido a constituye un valioso elemento para la predicción de conductas.

Cierta regularidad en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente (Secor y Backman 1964)

Las actitudes sociales están compuestas por variables interrecurrentes, compuestas por tres elementos a saber:

1. El componente cognoscitivo.

2. El componente afectivo.
3. El componente relativo a la conducta.

Cambios en el componente cognoscitivo: para que exista una actitud hacia un objeto determinado es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Las creencias y demás componentes cognoscitivos (el conocimiento, la manera de encarar al objeto, etc.) relativos al objeto de una actitud, constituyen el componente cognoscitivo de la actitud.

Cambio del componente afectivo: es el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social; supongamos que por una desavenencia cognoscitiva real modificamos nuestra relación afectiva con una persona. El cambio registrado en este componente nos conducirá a emitir conductas hostiles hacia la persona, así como a atribuirle una serie de defectos capaces de justificar y de hacer congruente el cambio de nuestro afecto. Cambio en el componente relativo: la combinación de la cognición y el afecto como instigadora de conductas determinadas dada determinada situación.

2.2.3. Fases entre el conocimiento y la conducta

En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente. Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.

La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias. Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.

2.2.4. SALUD BUCAL

2.2.4.1. Definición¹⁴

La Salud Bucal es un componente fundamental de la salud; definir este concepto es muy difícil puesto que la salud es una expresión de la vida por tanto involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales, así como el sistema de valores, los subjetivos e individuales.

Actualmente la Salud Bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad.

Muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusiones en la cavidad bucal, como el sida o la diabetes, así como las deficiencias nutricionales.

Entre las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal encontramos a la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones. En el Perú estas patologías mantienen una alta prevalencia; la caries, por ejemplo, afecta al 90% de la población (www.paho.org).

Se consideran problemas de salud pública en el mundo los siguientes: caries dentales y las enfermedades periodontales, siendo las más frecuentes en la población y son enfermedades que se pueden evitar mediante medidas preventivas en el hogar y en el consultorio.

Uno de los objetivos primordiales de un programa de odontología preventiva, consiste en ayudar al paciente a mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucal, por tanto, es necesario enseñar al paciente a reconocer la existencia de estados indeseables en su boca, a comprender como se producen y a controlarlos.

En 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS), informó que sólo una de cada 10 personas tiene la totalidad de sus dientes sanos y obturados.

Actualmente, la OMS estima que 5,000 millones de personas de todo el mundo presentan caries y la mayoría de niños gingivitis y son un problema que afecta cada vez con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, especialmente las comunidades más pobres.¹⁵

Así mismo, según la OMS, la mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis y entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales, en los países industrializados, los estudios realizados muestran que el tabaquismo es un factor de riesgo clave. En este informe se establecen los principales componentes y prioridades del Programa Mundial de Salud Bucodental. Además, de abordar los factores de riesgo, modificables como los hábitos de higiene buco-dental, consumo de azúcares, falta de calcio y de micronutrientes y tabaquismo, una parte esencial de la estrategia se ocupa de los principales determinantes socio culturales, como la pobreza, bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomenten la salud buco-dental además, la OMS considera que los sistemas de salud buco-dental deben estar orientados hacia los servicios de atención primaria de salud y de prevención.¹⁶

2.2.4.2. Anatomía¹⁷

La cavidad bucal en los seres humanos ha alcanzado un gran desarrollo a nivel de estructuras, principalmente en aquellas que están relacionadas con la comunicación verbal, es decir los órganos de la fonación, para la articulación de fonemas.

Esta cavidad está ubicada en la parte más baja de la cara y está relacionada tanto con tejidos duros como blandos.

La cavidad bucal está compuesta por 2 partes:

1._ Vestíbulo

2._ Cavidad bucal

Vestíbulo

Espacio virtual que se encuentra rodeando por adelante y por los lados a la cavidad bucal propia, está limitado hacia delante por los labios, superior e inferior, hacia lateral por las mejillas, y hacia medial y posterior por los arcos dentarios. En esta zona se encuentra mucosa, la que reviste las mejillas y la que cubre los arcos dentarios (encía) cada una con características propias.

El vestíbulo genera dos surcos uno inferior y otro superior conocidos ambos como fondos de vestíbulo, que están atravesados por algunas estructuras fibrosas y mucosas, que son los frenillos, existiendo habitualmente uno superior y mediano, y otro inferior y mediano, llamados frenillos labiales y también se encuentran otros frenillos labiales que son paramedianos e inconstantes, encontrándose habitualmente uno a cada lado de la línea mediana.

Con respecto a los dientes, se debe mencionar que el segmento de ellos que se puede apreciar por sobre la encía corresponde a la corona del diente, la porción que se articula con el proceso alveolar se denomina raíz y la porción intermedia que une corona y raíz corresponde al cuello del diente. Dentro del diente tenemos distintos tejidos; el tejido que cubre la corona es acelular y corresponde al esmalte (uno de los tejidos más duros del cuerpo humano), debajo de él y extendiéndose hacia la raíz se encuentra la dentina (tejido más duro que el hueso), es un tejido mineralizado, vascularizado e innervado, correspondiendo a la porción de diente que duele. Dentro de la dentina encontramos una excavación que se extiende desde la corona a la raíz pasando por el cuello y que corresponde a la cavidad pulpar del diente, que está llena de tejido conectivo laxo vascularizado e innervado que corresponde a la pulpa. La dentina y la pulpa se encuentran conectadas desde el punto de vista morfológico y fisiológico, por lo cual se les conoce con el nombre de complejo pulpo-dentinario, debido a que las células que dan origen a la dentina encuentran su soma en la pulpa y su prolongación en el espesor de la dentina. En la superficie radicular se encuentra un tejido calcificado con una dureza bastante similar a la del hueso que se denomina cemento, en cuya superficie más externa se van a insertar unas pequeñas fibras de tejido colágeno que unen el hueso con la raíz que se denomina ligamento periodontal. A nivel y en

contacto directo con la estructura dental se encuentre margen gingival y entre medio de los dientes las papilas.

Existen dos tipos de arcos dentales, un arco primario que corresponde a los dientes deciduos (temporales o de leche) y un arco secundario que corresponde a los dientes definitivos. Los arcos deciduos comienzan su aparición al sexto mes de vida y mientras va erupcionando en el interior del proceso alveolar, tanto maxilar como mandibular, se están formando los dientes definitivos, que va a provocar como a los 6 años de vida la reabsorción de la raíz de los dientes deciduos, hasta que finalmente los dientes de leche caen en un proceso denominado expoliación. Las diferencias entre dientes deciduos y definitivos son bastantes pero entre ellas destacan en primer lugar el número, los deciduos son 20 y los permanentes 32, pero en los adultos el tema del número es bastante variable puesto que algunos dientes han ido desapareciendo con la evolución. También existe una diferencia bastante notoria con respecto al color, los dientes deciduos tienen un color blanco azulado, en cambio los definitivos son de un color blanco amarillento, además existe una diferencia de tamaño bastante lógico, los deciduos son más pequeños que los definitivos. El grosor de los tejidos también es distinto, teniendo los dientes definitivos grosores titulares mucho mayores que los deciduos y eso provoca que cualquier problema dentario penetre más fácil en los dientes de un niño que de un adulto.

Cavidad bucal

La cavidad bucal propiamente tal está circunscrita por delante y por los lados por los arcos dentales que cuando están en contacto se dice que están en oclusión. En el techo de la cavidad bucal propia encontramos primero el paladar duro, puesto que profundo a la mucosa vamos a encontrar hueso y el paladar blando que es posterior. En el paladar duro desde el punto de vista óseo encontramos el hueso maxilar y el hueso palatino cubiertos por mucosa que detrás de los dientes incisivos presenta una estructura denominada papila incisiva, bajo la cual se encuentra el agujero nasopalatino o agujero incisivo, por el que va a salir un paquete vasculonervioso, luego desde la papila y hacia atrás recorriendo la línea mediana nos encontramos al rafe palatino, que es una pequeña saliente de la mucosa y en la parte más

anterior del rafe palatino y dirigiéndose transversalmente hacia los lados encontramos pequeñas crestas que se denominan rugas palatinas. Luego en relación al paladar blando vamos a ver que su constitución más móvil con una capa muscular bastante importante y en relación hacia la superficie de la cavidad bucal vamos a encontrar una capa glandular. A pesar de que el techo de la cavidad bucal corresponde a todo el paladar su límite posterior a nivel de un pliegue que une la raíz lingual con el paladar blando que se denomina pilar palatogloso, que junto con el pilar del otro lado van a formar un arco que se denomina arco palatogloso, detrás de dicho arco encontramos un espacio que se denomina fauces que termina, para continuar luego con la faringe, en el arco faríngeo. Dichos arcos generan estrecheces que se denominan istmos, como el istmo anterior permite el ingreso a las fauces se le denomina istmo de las fauces y el posterior que es para ingresar a la faringe se le denomina istmo faríngeo, por lo tanto el límite posterior de la cavidad bucal propia lo constituye el istmo de las fauces. En las fauces vamos a encontrar la raíz lingual y la tonsila palatina.

Respecto al piso de la cavidad bucal nos encontramos primero con la cara ventral de la lengua (que se observa al levantar la lengua, disposición por origen embriológico), y con la porción horizontal del piso, todo el piso está tapizado por una mucosa bastante delgada. En la línea mediana primero encontramos un frenillo, denominado frenillo lingual, que si es muy corto o muy fibroso provoca problemas en el desarrollo de la comunicación verbal (niños que a los 5 años todavía no pueden pronunciar la letra "R" por ejemplo). A ambos lados del frenillo lingual vamos a encontrar eminencias de las venas sublinguales. En la porción horizontal del piso, se observan unos pliegues oblicuos que se dirigen a la zona del frenillo lingual, llamadas las plicas sublinguales y que corresponden a las eminencias de las glándulas sublinguales donde se abren los conductos menores de la glándula y en el extremo más anterior de dichas eminencias se presentan unas eminencias poco visibles que corresponden a las carúnculas sublinguales, que tienen una pequeña abertura u ostium, donde se abren los conductos de la glándula submandibular y al lado se abre el ducto principal de la glándula sublingual.

Con respecto a la lengua, si la observamos por su cara dorsal, nos damos cuenta de que está formada por distintas porciones, primero una raíz, luego un cuerpo una punta y bordes; la parte más móvil corresponde al cuerpo y la punta y en esa zona, el dorso, se encuentra tapizada por una mucosa rica en pequeñas vellosidades que corresponden a papilas, que en su zona mediana pareciera que desaparecen para dar paso a un pequeño surco, el surco lingual, y en los bordes cambian su morfología para hacer papilas más largas. Las papilas del borde se denominan foliadas, las que tiene forma redonda se denominan fungiformes y existen otras que se llaman filiformes. En la raíz lingual se disponen unas papilas bastante grandes que corresponden a las papilas valladas o caliciformes, detrás de ellas se ve un surco que se llama surco terminal o V lingual y en el vértice de la V encontramos a una fosita, el foramen ciego, vestigio embriológico de la formación de la tiroides. Detrás de la V encontramos la raíz de la lengua en la que se observa grandes cantidades de tejido linfoide, que corresponde a la tonsila lingual y luego por detrás la raíz se une al primer cartílago de la faringe, que corresponde a la epiglottis, a través de unos pliegues denominados glosopiglóticos medial y dos laterales, entre los cuales, se observan 2 fositas denominadas valléculas.

2.2.4.3. Fisiología de la cavidad bucal y faringe¹⁸

La boca y la faringe cumplen varias funciones, ya que participa en:

- La Modulación De Las Palabras
- La Ingesta, Masticación Y Deglución De Alimentos
- Detección De Sabores
- A este nivel comienza la digestión de algunos alimentos (mediante procesos enzimáticos mediados por amilasas)
- Es posible respirar por esta vía cuando la nariz no lo permite.

En la boca se encuentra la lengua, los dientes, las encías. A continuación de ella, viene la faringe. Entre los dientes y la mucosa interna de las mejillas se identifica el vestíbulo. El techo de la boca está formada por el paladar duro y más atrás, el blando. Del borde del paladar blando cuelga la úvula. La lengua

está recubierta por una gruesa membrana mucosa en la que se encuentran las papilas (responsables del gusto, tacto y detección de temperatura).

Las glándulas salivales son:

- **Parótidas:** ubicadas detrás del ángulo de la mandíbula y drenan en la cara interna de las mejillas por el conducto de Stenon, a la altura del 2º molar superior.
- **Submandibulares:** ubicadas en el piso de la boca y drenan por el conducto de Wharton, a cada lado del frenillo de la lengua.
- **Sublinguales:** ubicadas en el piso de la boca.

La saliva lubrica y contiene enzimas digestivas y factores que participan en la inmunidad natural. Los dientes en un adulto son 32, distribuidos en un arco dentario superior y otro inferior. En cada uno de ellos se identifican: 4 incisivos, 2 caninos, 4 premolares y 6 molares (incluyendo las muelas del juicio).

La boca está separada de la faringe por los pilares palatinos anteriores y posteriores. Entre ambos pilares se ubican las amígdalas o tonsilas.

Examen de la boca y la faringe

Labios

Se examina su aspecto y simetría. Entre las posibles alteraciones, destacan:

- Aumento de volumen por edema (ej.: reacciones alérgicas)
- Cambios de coloración (ej.: palidez en anemia; cianosis en ambientes fríos, por poliglobulia o hipoxemia)
- Lesiones costrosas (ej.: herpes simple)
- Si Están Inflamados, Secos Y Agrietados (**Queilitis**)
- Si Existen "Boqueras" (**Queilitis Angular O Estomatitis Angular**)
- Fisuras (ej.: labio leporino)
- Lesiones pigmentadas (ej.: síndrome de peutz-jeghers que se asocia a poliposis intestinal)

Mucosa bucal

Se examina la humedad, el color y si existen lesiones:

- **xerostomía:** sequedad bucal por poca producción de saliva
- **candidiasis bucal o muguet:** infección por el hongo *Candida albicans* (se presentan múltiples lesiones blanquecinas)
- **aftas:** son úlceras superficiales, habitualmente ovaladas, muy dolorosas, que están rodeadas por eritema y evolucionan frecuentemente en forma recurrente (aftas orales recurrentes)
- inflamación de la desembocadura del conducto de Stenon en **parotiditis infecciosa** (paperas). En estos casos, además, la glándula duele y está aumentada de tamaño
- **melanoplaquias:** son unas manchas hiperpigmentadas que se encuentran en insuficiencia suprarrenal (enfermedad de Addison)
- **leucoplaquias:** son lesiones blanquecinas, planas, ligeramente elevadas, de aspecto áspero, que pueden ser precancerosas.

Dientes

Conveniente fijarse si están todas las piezas dentales, si existen caries o prótesis (de la arcada superior o la inferior). Un paciente está **desdentado** o **edentado** si ha perdido sus dientes.

La **mordida** se refiere a la oclusión de los dientes. La forma cómo la persona mastica tiene directa relación con las fuerzas que se ejercen y esto repercute en las articulaciones témporo-mandibulares. Normalmente, los molares superiores deben apoyarse directamente sobre los inferiores, y los incisivos superiores deben quedar delante de los inferiores. El movimiento de abrir y cerrar la boca debe ser libre, sin dificultades. Las alteraciones de la mordida pueden llevar a un trastorno doloroso a nivel de las articulaciones témporo-mandibulares.

Encías

Se observa el aspecto, la coloración, si existe acumulación de sarro en el cuello de los dientes. La **gingivitis** es una inflamación de las encías. Algunos medicamentos, como la fenitoína, producen una hipertrofia de ellas. En cuadros hemorragíparos se ven hemorragias o petequias. Una línea azulnegruzca en el borde de la encía puede deberse a una intoxicación crónica por plomo o

bismuto. En las **gingivitis crónicas** o **periodontitis** se encuentra inflamación y retracción de las encías, quedando a la vista parte de la raíz de los dientes.

Lengua.

Se debe observar el aspecto, el color, si existen lesiones, los movimientos y cómo protruye fuera de la boca. Normalmente la lengua presenta una capa blanquecina en su superficie (**saburra**), la que en cuadros febriles o por falta de aseo, es más abundante.

Existen dos variaciones del aspecto de la lengua que se consideran normales:

- **Lengua geográfica:** se presentan zonas depapiladas (libres de papilas) en la superficie, pero en forma irregular, de modo que al mirarla impresiona como un “mapa” (alternan zonas lisas con otras papiladas)
- **Lengua fisurada:** se presentan fisuras profundas que son parte de la lengua y que no molestan ni duelen.

Otras alteraciones son:

- **Glositis:** es la inflamación de la lengua. Se aprecia roja y depapilada. Puede deberse a deficiencia de vitaminas (especialmente del complejo B)
- En relación a uso de antibióticos, en forma muy ocasional, se puede presentar una coloración negruzca en el dorso de la lengua
- Se pueden encontrar úlceras, aftas, leucoplaquias
- Como parte del examen neurológico se examina la protrusión de la lengua y sus movimientos. En las **parálisis del nervio hipogloso** (XII par craneal), la lengua protruye hacia el lado del nervio paralizado. Esto se debe a la forma como se insertan los músculos de la lengua (al contraerse el lado sano, se desvía la lengua hacia el lado del nervio comprometido).

Paladar

Entre las alteraciones del **paladar duro**, destacan:

- Hendidura en el paladar duro como parte del labio fisurado.

- **Torus palatino:** es una prominencia ósea en la línea media, que no tiene mayor significado patológico.
- Otras lesiones: petequias, úlceras, signos de candidiasis, tumores (ej.: tumor de Kaposi en pacientes con SIDA).

En el **paladar blando** se debe examinar si se puede contraer, o sea, que se eleve cuando la persona emite un sonido (ej.: cuando se le solicita decir “AAHHH...”). Cuando existe un compromiso de los nervios glosofaríngeo y vago de un lado, sólo se eleva la mitad del paladar que está sana. Al elevarse una mitad y la otra no, se desvía la úvula hacia el lado sano.

Faringe

Se le pide al paciente que abra la boca y se ilumina la cavidad bucal con una linterna. Con frecuencia es necesario usar un bajalenguas (conviene apoyarlo entre el tercio medio y posterior de la lengua, y se le pide al paciente que relaje la lengua y no la saque fuera de la boca). Algunas personas son muy sensibles a estas maniobras y reaccionan con arcadas.

Al mirar la faringe, se aprovecha de examinar las **amígdalas**. Entre las alteraciones que se encuentran, destacan:

Amigdalitis pultácea o purulenta: se debe a infección y se aprecia aumento de volumen y exudados blanquecinos. El paciente presenta dolor al tragar (**odinofagia**), fiebre, mal aliento, adenopatías submandibulares y cefalea. La causa más frecuente es una infección por estreptococos, pero otros agentes también la pueden producir (ej.: mononucleosis, difteria).

Tonsilolito: es una formación blanquecina, a veces con concreciones calcáreas (cálculo o concreción en la amígdala). Se debe a la acumulación de desechos celulares y restos de comida en criptas de las amígdalas. Habitualmente no producen molestias y al desprenderse dan salida a un material de mal olor.

Glándulas salivales

Se distinguen las **parótidas**, las **submandibulares** y las **sublinguales**. Entre las alteraciones, destacan:

- **Litiasis salivales:** se presentan en las glándulas parótidas y submandibulares. Pueden obstruir el conducto principal y generar dolor y aumento de volumen.
- **Infecciones:** se produce aumento de volumen de la glándula que se asocia a dolor. Puede ser parte de una infección sistémica (ej.: **parotiditis** infecciosa, que corresponde a la conocida “paperas”), o infecciones bacterianas por invasión local (ej.: en pacientes deshidratados, con mal aseo bucal y, eventualmente, inmunodeprimidos).
- **Hipertrofia parotídea:** es un aumento de volumen de las glándulas parótidas que se observa en pacientes con cirrosis hepática. Se observa un abultamiento detrás de las ramas de la mandíbula y se puede levantar un poco el lóbulo de las orejas.

2.2.4.4 Fisiopatologías de la cavidad bucal

Patologías locales¹⁹

1. Caries
2. Anomalías del desarrollo
3. Lesiones eléctricas y mecánicas
4. Quemaduras químicas y alérgicas
5. Cuerpos extraños
6. Enfermedad periodontal
7. Patologías de los labios
8. Patologías de la lengua
9. Quistes no odontogénicos
10. Quistes odontogénicos
11. Úlceras aftosas recurrentes
12. Infecciones bacterianas
13. Infecciones virales
14. Infecciones micóticas
15. Defectos dentarios

2.2.4.4.1. Caries Dental²⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la caries como un proceso localizado de origen multifactorial caracterizado por el reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hasta formar una cavidad; si no se atiende oportunamente afecta la salud general y la calidad de vida (OMS, 1987).

La caries es una enfermedad prevenible y controlable como lo muestra el proceso que ha seguido en los últimos 30 años en los países de primer mundo, donde ha disminuido su incidencia en un 20%, a pesar de que no se ha modificado el consumo de azúcares de manera importante, factor íntimamente relacionado con la producción de este padecimiento.

El proceso carioso es reversible en los primeros estadios pero una vez que se pierde esmalte se requiere una intervención profesional especializada y costosa.

El índice de caries que es el número de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), si se registra a los 12 años constituye un indicador de salud reconocido a nivel internacional. Este índice tiene características particulares, no sólo permite establecer el diagnóstico, es decir lo que sucede en el momento de la revisión, sino que muestra lo que sucedió en el pasado y puede predecir su evolución futura; también se han ideado indicadores bacteriológicos y salivales para determinar los factores de riesgo a desarrollar la enfermedad internacionalmente, pero todavía no se cuenta con uno que identifique claramente el riesgo, justamente por la multifactorialidad de la enfermedad.

Hay que considerar que si existe acceso a la atención odontológica se modifica la relación entre los componentes del CPOD, pero no se borra la huella de la enfermedad. Por tanto muestra necesidades de salud no resueltas o acumuladas y prevé el número de intervenciones y de qué tipo se requerirán para restaurar la salud en el futuro.

El proceso carioso por su alta prevalencia así como por la severidad de algunos de sus síntomas como: el dolor, la infección aguda y crónica, la pérdida de dientes, la halitosis (mal aliento), ha orientado la respuesta social,

tanto de los odontólogos como de las instituciones sanitarias, y ha favorecido la implementación de programas de prevención como la fluorización del agua y de la sal de mesa en el mundo. El flúor reduce la prevalencia de la caries en un 84%, con un costo de 6 centavos de dólar por año, lo que constituye una de las medidas preventivas que tiene mejor costo-efectividad de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud. Por otro lado es importante señalar que las enfermedades se modifican como consecuencia del desarrollo social aumentando, disminuyendo o desapareciendo de la faz del planeta, por ejemplo, el perfil epidemiológico de la caries está cambiando a nivel mundial. Este padecimiento en EEUU en los escolares se ha reducido en un 50% en los últimos 20 años; de acuerdo con la Base de Datos de Salud bucal de la OMS, en 1980 el índice de caries (CPOD) era de 3 dientes afectados en niños de 12 años en 50% de 173 países; mientras que en el 2000, era el 68% de 187 países. Presentar caries en 3 dientes o menos a los 12 años se considera una situación de salud muy aceptable, tanto así que la *Internacional Dental Federation* (FDI) la propuso como meta para el año 2000.

CLASIFICACIÓN DE CARIES²¹

La lesión cariosa se puede clasificar según su tipo de evolución en:

- a. Caries activa o de rápida evolución, puede afectar a gran número de dientes con coloración clara desde el blanquecino hasta el amarillento, con gran cantidad de dentina reblandecida y húmeda, que se desprende fácilmente, con exposiciones pulpares frecuentes y produce gran daño en un lapso corto. Es frecuente en niños.
- b. Caries crónica, es de desarrollo lento, afecta pocos dientes, generalmente de tamaño pequeño, con dentina café oscuro o negruzco, de consistencia correosa o muy dura. Más frecuente en jóvenes y adultos.
- c. Caries rampante, avanza muy rápidamente afectando casi a todos los dientes, en la mayoría de sus superficies dando poco tiempo a la formación de dentina reparativa, por lo que se compromete la integridad de la pulpa dental.

Según el tejido lesionado se clasifican en:

- I. Caries de primer grado, pérdida de tejido circunscrita al espesor del esmalte.
- II. Caries de segundo grado, abarca el esmalte y la dentina.
- III. Caries de tercer grado, involucra el esmalte, la dentina y la pulpa.
- IV. Caries de cuarto grado, involucra a todos los tejidos del diente y puede afectar la zona periapical.
- V. Caries radicular, cuando el cemento se deja expuesto por retracción gingival, puede desarrollar una lesión similar a la del esmalte, pero como está menos mineralizado, el proceso avanza con mucho mayor rapidez, alcanzando rápidamente la dentina.

2.2.4.4.2 Enfermedad Periodontal²²

Las enfermedades periodontales son un conjunto de enfermedades que afectan a los tejidos (periodonto) que rodean y sujetan a los dientes en los maxilares. Son enfermedades de naturaleza inflamatoria y de causa infecciosa (causadas por bacterias) que dependiendo de su grado de afectación las denominamos gingivitis, cuando el proceso inflamatorio solamente afecta al periodonto superficial (la encía) y no están afectados los tejidos que sujetan el diente. Cuando el proceso inflamatorio afecta a los tejidos periodontales profundos, se produce destrucción del hueso y ligamento que soportan y sujetan los dientes. A este grado de afectación lo denominamos periodontitis. Si la periodontitis no se trata evoluciona destruyendo todo el soporte del diente y con ello el alojamiento y pérdida del mismo.

Estos procesos inflamatorios raramente cursan un dolor intenso, por lo que muchos pacientes los padecen sin ser conscientes de ello.

Los primeros signos y síntomas que aparecen en las fases más tempranas de la enfermedad (gingivitis) son:

- Enrojecimiento e hinchazón de la encía, sangrado de las encías al cepillarse los dientes o de un modo espontáneo.

Cuando las enfermedades periodontales han evolucionado a periodontitis, suelen aparecer otros síntomas tales como:

- Retracción de las encías, sensación de dientes más largos.
- Movilidad de los dientes.
- Separación de los dientes.
- Aumento de la sensibilidad dentaria, sobre todo al frío.
- Sensación de quemazón y dolor de encías.
- Mal aliento.
- Aparición de abscesos y flemones en la encía.

La gingivitis además de producir inflamación de la encía y sangrado, sobre todo al cepillarse, en algunos individuos evoluciona a periodontitis, la periodontitis al destruirse el hueso que soporta los dientes en los maxilares provoca movilidad y separación de los dientes. Con el tiempo los dientes acabarán perdiéndose, bien por la necesidad de extraerlos debido a su inestabilidad o bien por caerse prácticamente solos.

Se trata de enfermedades de causa infecciosa bacteriana. Se debe a unas bacterias que todos tenemos en la boca, alrededor de los dientes, y que si no eliminamos correctamente, ganan acceso al espacio entre el diente y la encía y pueden colonizar este espacio creciendo en número y provocando la reacción inflamatoria y destructiva que define a estas enfermedades.

Las bacterias por sí mismas no son capaces de provocar las consecuencias de estas enfermedades, sino que necesitan de un individuo susceptible (predisposición genética) y un medio ambiente adecuado (factores como tabaco y stress son factores de riesgo muy importantes en la colonización de estas bacterias).

La gingivitis es una de las enfermedades más frecuentes del ser humano, siendo muy frecuente en todas las edades (en jóvenes 75% de 20 a 25 años).

Una parte de las gingivitis, aún en ausencia de tratamiento, no progresan a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte dentario (periodontitis).

La periodontitis es muy rara en jóvenes y adolescentes (aproximadamente 1 caso/10.000). Sin embargo su frecuencia aumenta con la edad (alrededor del

10% a los 30-40 años y del 25-30% entre 50 y 60 años). Por lo tanto, es una enfermedad relativamente frecuente en adultos y su frecuencia aumenta claramente con la edad.

Si el paciente está en buen estado de salud, normalmente no se afecta su estado general, por ser una infección localizada exclusivamente en la boca. Sin embargo, puede afectar muy negativamente en casos de pacientes con enfermedades sistémicas crónicas tales como diabetes, enfermedades cardíacas, circulatorias, etc. Igualmente, esta demostrada una clara asociación entre periodontitis y riesgo de infarto de miocardio y riesgo de niños prematuros y de bajo peso en mujeres embarazadas. Estas infecciones también pueden representar un grave riesgo a pacientes inmunodeprimidos (pacientes con defensas bajas, tal como ocurre en pacientes en tratamiento de cáncer, pacientes con SIDA, etc.).

2.2.4.4.3 Placa bacteriana¹⁵

La placa bacteriana está formada por muchos microorganismos. Cuando crece sobre la superficie del esmalte forma una masa sarrosa, sucia, que se colorea con la edad y produce un ácido que destruye el esmalte de los dientes, formando la caries y enfermando las encías. Esta masa sucia es removida por un correcto cepillado de los dientes. La higiene dental sirve para eliminar los restos de alimentos que hemos comido y desorganizar a las bacterias que podrían atacar a los dientes y también para evitar enfermedades de las encías. Hay que recordar que, para lavarnos los dientes, no podemos ir de prisa y corriendo, ya que tenemos que seguir unos pasos determinados; en total lo podemos hacer en tres minutos.

En una boca sana puede haber hasta 500 especies diferentes de bacterias. Estas bacterias producen constantemente la placa dental o biofilm, una película incolora pegajosa y dura que se adhiere a los dientes y acaba produciendo problemas de salud. El sarro representa un estadio más avanzado, ya que en este caso los residuos contenidos en el biofilm ya están calcificados.

La falta de cepillado y empleo de la seda dental para mantener limpios los dientes, permite el crecimiento de la placa dental sobre la línea de las encías, lo que crea un entorno favorable para la acumulación de bacterias en el espacio entre las encías y los dientes. Esta infección de las encías se conoce con el nombre de gingivitis. La gingivitis puede producir una infección de las encías más grave llamada periodontitis.

Normalmente, las bacterias de la boca no penetran en la sangre. Sin embargo los tratamientos dentales invasivos, incluso a veces el cepillado y el empleo de la seda dental si se padece enfermedad de las encías proporciona una puerta de entrada para estos microorganismos. A largo plazo, la enfermedad de las encías produce la pérdida de los dientes.

La placa bacteriana es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas en la superficie de los dientes, la encía, la lengua y otras superficies bucales (incluso las prótesis). Se forma por falta de higiene bucal adecuada, y es muy importante en la etiología de la caries dental, la enfermedad periodontal y la formación del tártaro. También es posible definirla como una película transparente e incolora adherente al diente, compuesta por bacterias diversas y células descarnadas dentro de una matriz de mucoproteínas y muco polisacáridos, si es delgada se visualiza por medio de un colorante que la pigmente o con uno fluorescente que se ilumina con luz ultravioleta.

La Placa Bacteriana es invisible al ojo cuando es poco madura. Se vuelve ligeramente perceptible al ojo educado cuando madura y se hace gruesa. Para evidenciar la presencia de la Placa Bacteriana es necesario aplicar sustancias reveladoras, aplicadas por el odontólogo o autoaplicada por quien desee verificar la eficiencia de su cepillado dental.

2.2.4.5. Prevención

Concepto²⁵

Según la OMS es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

Este concepto aplicado a prevención en salud bucal nos infiere que son todas las medidas que impedirán que se produzcan deficiencias en el sistema estomatognático o impedir que las deficiencias ya producidas tengan consecuencias psicológicas y sociales negativas.

2.2.4.6. Cuidados De La Cavidad Bucal:

a) **Hábitos rutinarios:** Es recomendable²⁵

- Cepillarse los dientes después de cada comida con un dentífrico fluorado y emplear la seda dental a diario.
- Utilizar un cepillo de cerdas blandas o medias de material sintético preferiblemente de tynex con puntas redondeadas y pulidas.
- Los cepillos eléctricos son muy eficaces porque realizan movimientos rotatorios de limpieza que garantizan la eliminación de la placa.
- Hay que reemplazar el cepillo cada 3 meses.
- Los cepillos interproximales son muy eficaces para remover los residuos alimentarios y la placa del espacio interdental.
- La seda dental se emplea pasándola suavemente entre los dientes, es preciso colocarla ante la superficie frontal y posterior de cada diente, de manera que la seda forme una "C", como si rodeara al diente. Hay que desplazar la seda desde la línea de la encía hasta la punta del diente para eliminar el sarro²⁵. Hay

que recordar pasar la seda por las caras posteriores de los dientes y emplear un trozo de seda limpio para cada diente.

- Concluir la higiene con un enjuague bucal o colutorio. Es fundamental para reducir el volumen de la placa.
- Evitar el tabaco y alimentarse de forma sana y equilibrada.
- Acudir al dentista una vez al año.
- Si se padece diabetes, controlar más los niveles de glucemia (azúcar en la sangre)
- Evitar los medicamentos que puedan deteriorar la salud bucal
- Hacerse una revisión dental antes de iniciar un tratamiento contra el cáncer

b) Alimentación y salud dental²⁵

Una higiene buco dental escasa o incorrecta aumenta el tiempo en el que están actuando las bacterias (transformando azúcares en ácidos que pueden destruir el esmalte) y la predisposición a la acumulación de sarro, a la producción de caries y a la pérdida de dientes.

De manera que las recomendaciones alimentarias que se relacionan con una buena salud dental son las siguientes:

- Alimentación saludable, variada y equilibrada. Cada día hay que comer de todos y cada uno de los siguientes alimentos: pan y cereales, fruta fresca, verduras y hortalizas, carne, pollo y pescado, leche, queso y yogur.
- Limitar el número de entre comidas. Cada vez que se comen alimentos con azúcar, los dientes son atacados por los ácidos durante veinte minutos o más.
- Si se come entre comidas hay que elegir alimentos nutritivos tales como: queso, vegetales crudos, yogur o fruta.
- Los alimentos que se consumen como parte de la comida causan menos perjuicios, ya que se segrega más saliva durante una comida, lo que ayuda a lavar los alimentos en la boca y a reducir los efectos de los ácidos.

- Hay que limpiarse los dientes después de las comidas para reducir el efecto de los ácidos sobre los dientes.

Otros problemas que puede ocasionar una incorrecta higiene de la boca son caries, gingivitis o infecciones, las patologías más frecuentes de la boca. Para que sea efectiva, la limpieza bucal se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas. Unos minutos al día de dedicación aseguran una dentadura sana y bonita para toda la vida.

Es conveniente que las visitas al dentista se realicen de forma rutinaria desde los 3 años, ya que a esa edad ya se ha completado la erupción primaria de los dientes. A partir de esta edad los controles rutinarios son necesarios cada 6 meses o, al menos, una vez al año, y siempre que detecte algún tipo de problema como úlceras, caries, mal aliento, sangrado de encía, movilidad dentaria, alteraciones de la saliva. La alimentación es de gran importancia para la boca; los azúcares cariogénicos (presentes en caramelos y dulces) la dañan, mientras que las verduras limpian y fortalecen la salud bucodental. La leche y los derivados lácteos aportan el calcio necesario para los dientes en la fase de formación de éstos.

No fuerce su dentadura partiendo frutos secos, y evite tomar bebidas o alimentos excesivamente fríos o calientes.

El tabaco perjudica la salud de la boca, ya que contribuye a empeorar la enfermedad de las encías. Una adecuada higiene bucodental desde la infancia deviene fundamental para conservar la dentadura, encías y boca en buenas condiciones. El abecé de los cuidados de la boca debe incluir el cepillado diario, el uso de hilo dental, una revisión periódica por parte del dentista y el control de la dieta (limitando el consumo de dulces). La labor de los progenitores es primordial para transmitir unos correctos hábitos de higiene bucodental a los niños: hay que enseñarles cómo hacerlo y ser constantes en el empeño. Atrás quedó la política sanitaria basada en la extracción y la mutilación; hoy se apuesta por la prevención, aunque queda mucho por hacer: algo más de la mitad de los escolares de 14 años y más del 90% de los adultos

tienen caries. Siendo regulares con el cepillado y el hilo dental se elimina la placa dental y el sarro incipiente (placa endurecida), pero cuando el sarro se ha formado y se encuentra en la base del diente la única forma de eliminarlo es la limpieza efectuada por el dentista. Los enjuagues y soluciones antisépticas completan la higiene bucodental pero de ninguna forma sustituye al cepillado.¹⁵

HALITOSIS

La halitosis es una condición de la salud oral caracterizada por el aliento fétido persistente. A menudo, identificar la causa del mal aliento es el primer paso hacia el tratamiento de esta condición prevenible.

Existen tantas causas del mal aliento como hay fuentes de bacterias en la boca. La halitosis puede ser causada por **ciertos alimentos, pobre cuidado de la salud oral, enfermedad periodontal, xerostomía, productos del tabaco**. El mal aliento podría ser un indicador o un síntoma de cualquiera de las siguientes condiciones. Sin embargo, cada individuo puede experimentar los síntomas de una forma diferente.

Infección respiratoria:

- Infección de la nariz, la tráquea o los pulmones.
 - Bronquitis crónica.
 - Goteo post-nasal.
 - Sinusitis crónica.
-
- Diabetes.
 - Desorden gastrointestinal.
 - Desorden del hígado o del riñón.

2.2.4.5.1. HIGIENE BUCAL²³

La placa bacteriana constituye un factor causal importante de las dos enfermedades dentales más frecuentes: caries y periodontopatías. Por eso es fundamental eliminarla a través de los siguientes métodos:

1. Cepillado de dientes, encías y lengua.
2. Uso de medios auxiliares: hilo dental, cepillos interdentes, palillos, estimulador interdental e irrigador bucal.
3. Pasta dental o dentífrico.
4. Clorhexidina.

- Cepillado

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

1. Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
3. Estimular los tejidos gingivales.
4. Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

- Características del cepillo dental

La cabeza del cepillo debe ser pequeña y compacta, en ella estarán ubicadas las cerdas, las que serán de nylon, todas de la misma altura, es decir, que la superficie activa es plana.

En el cepillo del adulto tendrá cuatro hileras en sentido longitudinal, y en el de los niños será de tres hileras. La textura de las cerdas conviene que sea blanda o suave para no lastimar las encías.

El extremo plástico de la cabeza debe ser redondeado.

El cuello debe ser más angosto que la cabeza y el mango, y cuanto más largo mejor, para darle flexibilidad al cepillo.

El mango debe ser recto y lo suficientemente cómodo para la mano con una toma palmar.

Existen otros tipos de cepillos que serán indicados en tratamientos especiales por el odontólogo (Unipenacho, Interdental, Mecánico, etc.)

El cepillo se deberá cambiar cada vez que al mirar de frente las cerdas se encuentren abiertas hacia afuera; o cuando por otra circunstancia el mismo se deforme.

Para guardarlo luego de cada uso es conveniente hacerlo en un lugar aireado, para que por evaporación esté bien seco hasta la próxima vez. No se debe ponerlo dentro de estuches o bolsas que impidan el secado. Tampoco debe estar en contacto con cerdas de otros cepillos.

El cepillo es de uso personal exclusivamente y no se lo debe prestar.

El odontólogo es el profesional que nos indicará cual es el más adecuado para nuestra boca.

2.2.4.5.2. Técnicas de cepillado²⁴

La higiene es la base fundamental en la prevención de las enfermedades de la cavidad bucal.

El cepillado de las piezas dentarias realizado en forma, tiempo y frecuencia adecuados es muy importante para combatir y eliminar la placa bacteriana; causante de las caries y de la enfermedad periodontal.

Se han descripto muchas técnicas de cepillado dental, lo más importante es lograr una que nos resulte cómoda y efectiva.

Se conocen las siguientes técnicas:

- Técnica circular o rotacional¹⁵
- Técnica de Bass
- Técnica de Charters
- Técnica de Stillman

2.2.4.5.3. Frecuencia del cepillado²⁴

Los jóvenes y las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre los 10 minutos posteriores a cada comida y antes de dormir, el cepillado debe hacerse después de cada comida y antes de dormir. El cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival, algunos colorantes vegetales son útiles para comprobar si el cepillado fue correcto.

Hay también comprimidos que se disuelven en la saliva durante 20 segundos y se distribuyen con la lengua por las superficies dentales, espacios interdentes y encías.

La higiene bucal previa a la erupción de los dientes es muy importante, así que los rodetes deben limpiarse con suavidad. Carvalho y colaboradores (1989) investigaron la velocidad de formación de placa dentobacteriana y caries en las superficies oclusales de molares en erupción. De acuerdo con sus hallazgos, los dientes con erupción parcial acumulan placa dentobacteriana 5 a 10 veces más que los dientes que ya completaron ese proceso. Por tanto, el control debe iniciarse desde que erupcionan los rodetes en el niño. En los niños menores de un año, la higiene bucal se realiza con un paño suave humedecido con agua.

- Cepillado de la lengua²⁴

El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos, la placa bacteriana y el número de microorganismos.

2.2.4.5.4. ELEMENTOS QUE SE UTILIZAN PARA LA HIGIENE BUCAL²⁴

Hilo dental

El cepillado de los dientes es insuficiente para limpiar los espacios interproximales, por lo cual es necesario utilizar hilo dental después del mismo. El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente. Tiene

diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta.

Para usar el hilo dental, se extraen del rollo más o menos 60 cm. y este fragmento se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, pero se deja suficiente hilo para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano. Conforme se va utilizando, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental. También es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 cm. de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos.

El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. En seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o de vaivén en sentido vestibulolingual. A continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. Es importante mantener tenso el hilo entre los dedos. En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares, o con un pulgar y el índice y en los dientes inferiores con los dos índices. Se introduce el hilo a través del espacio interproximal, aplicándolo contra una de las caras proximales.

- Palillos

Hay palillos de madera para limpiar los espacios interproximales, pero sólo se utilizan cuando dichos espacios son amplios y es necesario tener cuidado de no lesionar la papila gingival.²⁴

- Dentífrico o pasta dental²⁴

El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes.

El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias

tensoactivas, espumígenos, bactericidas y abrasivos. Además, el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de las sustancias saboríferas, como la menta, al grado de que muchas personas no se cepillan los dientes cuando carecen de pasta dental.

ENJUAGUES BUCALES²⁴

DEFINICION

Los enjuagues bucales en general se dividen en dos tipos: Los que contienen fluoruro y cuya actividad es principalmente anti-caries, y los que contienen agentes antisépticos para combatir a las bacterias u hongos que causan enfermedades en la boca.

En general, ninguno de estos enjuagues está hechos para sustituir al cepillado y al uso del hilo dental, sino más bien para usarse como suplementos de estas actividades fundamentales. Normalmente se utilizan después del cepillado dental. Los enjuagues no quitan el mal aliento, sino que (al igual que el cepillado con pasta dental) solo lo enmascaran por períodos cortos de tiempo.

Los enjuagues con fluoruro de uso en casa deben tener una concentración de fluoruro de sodio del 0.05% o de fluoruro fosfato acidulado con concentración de 0.044%.

Se emplean diariamente 1 o 2 veces por día, por 30 segundos y escupiendo al final del enjuague. Los pacientes a los que se les recomienda su uso son aquellos con caries activas o con alta susceptibilidad a la caries, con aparatos de ortodoncia fijos como brackets o bandas, con aparatos removibles, o con reducción del flujo salival.

Los enjuagues con fluoruro deben utilizarse inmediatamente después del cepillado dental. En general, no se recomienda el uso del enjuague bucal con fluoruro a las concentraciones mencionadas en niños menores de 6 años, usados en forma de enjuague. Esto se debe a que los niños en estas edades se tienden a tragar el enjuague ya que no tienen el suficiente control para enjuagar y escupirlo. Esto les puede afectar ya que ingerirían cantidades por

arriba del rango aceptable del fluoruro, lo cual puede ocasionar malformaciones (hipoplasias y descalcificaciones) de los dientes.

Los enjuagues antisépticos para uso en casa se recetan más comúnmente para tratar a pacientes con gingivitis, pacientes que cada vez que se cepillan las encías les sangran.

Los enjuagues sirven para atacar a las bacterias de la PLACA BACTERIANA (bio- film) que ocasionan esta inflamación gingival. Al reducirse el número de bacterias (y sus toxinas), se reduce igualmente la inflamación de las encías.

Igualmente, su función principal es atacar directamente a las bacterias que ocasionan la caries. En estos casos, los enjuagues se utilizan como parte de un programa anti-caries a base de soluciones con fluoruro al 0.05% combinado con otros enjuagues con clorhexidina al 0.12%. Esto ayuda a disminuir drásticamente el índice de caries en los niños como lo recomiendan Newbrun y otros autores.

2.3 Planteamiento del Problema

Existe una tendencia por motivar e impulsar, antes que lo curativo, lo preventivo es por eso que se han realizado múltiples investigaciones para poder cuantificar los niveles de conocimiento y conducta en distintas partes del mundo pues dentro de la prevención se ha de tomar en cuenta las acciones diarias habituales que no perjudiquen la salubridad individual y esto va de la mano con los conocimientos previos que el individuo ha adquirido para poder fundamentar dichas acciones. Por ese fin de desarrollar la prevención es que las investigaciones se destinan a todo grupo poblacional como por ejemplo madres gestantes, escolares, universitarios, etc.

Dentro de lo investigado acerca del nivel de conocimientos y conducta en universitarios han dejado resultados preocupantes, estudios realizados en Norteamérica y Europa que demuestran un gran déficit en sus poblaciones universitarias, y lo más preocupante es que estos resultados negativos son tomados de estudiantes de ciencias de la salud quienes deben tener los conocimientos básicos para una buena conducta de salud personal.

La situación actual no ha cambiado significativamente comparado con los estudios previos pues las medidas tomadas para reforzar los conocimientos y modificar la conducta no ha sido completamente adecuadas llegándose a tener valores similares en cuanto de niveles de conocimiento y conducta a lo largo de los estudios año tras año con resultados lamentables y preocupantes en especial en estudiantes de ciencias de la salud.

Es esencial destacar que la relevancia del proyecto postulado fue describir los niveles de conocimientos y conducta de internos de ciencias de la salud dentro de una población universitaria peruana es que al encontrarse en su último año de estudios universitarios llevan consigo todos los conocimientos sobre salud para ponerlos en práctica de manera profesional y es muy importante tener los conceptos sobre salubridad oral pues de alguna u otra forma lo que se conoce es lo que se trasmite.

2.3.1 Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento y conducta sobre salud bucal de los internos de ciencias de la salud de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2009?

2.4 Justificación

Se realizó la investigación porque existe la necesidad de implementar el régimen preventivo en nuestra sociedad basándonos en conocimientos ya que de estos deriva la conducta en salud bucal.

Los futuros profesionales de las ciencias de la salud deben ser los modelos y paradigmas ante la población en lo que concierne a salud y prevención en general y en este caso sobre salud bucal.

Los aportes que se plantean después del desarrollo de la investigación fueron determinar el nivel de conocimientos y conducta sobre salud bucal de los internos de ciencias de la salud pues refleja de manera indiscutible de la realidad de nuestro sistema sanitario nacional impartido en la universidad.

Los beneficios de los resultados recaerán sobre los mismos internos de las ciencias de la salud pues se al determinar su nivel de conocimientos y conducta sobre salud bucal, podría utilizarse los resultados como aporte para que la facultad de odontología o la universidad cree programas de educación sobre prevención para los estudiantes de la misma universidad, así como posibles proyectos con lo cual se complementaria los conocimientos brindados a lo largo de los años de estudios y mejorar el aprendizaje de los mismos.

2.5 Objetivos de Investigación

Objetivo General

- 1 Determinar el nivel de conocimiento y conducta sobre salud bucal de los internos de ciencias de la salud de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2009.

Objetivos Específicos

- 1 Identificar el nivel de conocimientos sobre salud bucal según edad, género, escuela profesional.
- 2 Identificar la conducta sobre salud bucal en los internos de ciencias de la salud de la UNMSM, según edad, género, escuela profesional.
- 3 Establecer la relación que existe entre los conocimientos y conducta sobre salud bucal de los internos de ciencias de la salud de la UNMSM, según edad, género, escuela profesional.

2.6 Hipótesis

El nivel de conocimiento y conducta sobre salud bucal de los internos de ciencias de la salud de la UNMSM es REGULAR.

Existen diferencias significativas en conocimientos sobre salud bucal entre los estudiantes de las escuelas profesionales de ciencias de la salud de la UNMSM.

Existen diferencias significativas en conducta sobre salud bucal entre los estudiantes de las escuelas profesionales de ciencias de la salud de la UNMSM.

VARIABLES DE LA INVESTIGACION

1. Nivel de conocimiento
2. Nivel de conducta
3. Escuela profesional
4. Edad
5. Género

2.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala	Categoría
Nivel de conocimiento sobre salud bucal	Es la medida de la capacidad del individuo de usar la razón después de haber pasado por el fenómeno de enseñanza – aprendizaje sobre los conceptos de salud bucal, los cuales han sido transmitidos de manera explícita mediante orientadores que se encargan de dar la información sistematizada, como de manera tácita con las vivencias cotidianas que originan el saber empírico.	Conocimiento sobre frecuencia de visita al odontólogo	Encuesta sobre salud bucal basado en la traducción y modificación del HU-DBI	BUENO REGULAR MALO	0-3 (malo)
		Conocimiento sobre el Sangrado de encías al cepillado			4-7 (regular)
		Conocimiento de los factores que provocan cambio de color de los dientes			8-10 (bueno)
		Conocimiento sobre placa bacteriana y cálculos dentales			
		Conocimiento sobre indicación de necesidad protésicas			
		Conocimiento sobre las variantes de la coloración gingival			
		Conocimiento sobre frecuencia de cepillado			
		Conocimiento sobre dentífricos			
		Conocimientos sobre halitosis			
		Conocimientos acerca de instrumentos de higiene bucal			
Nivel de conducta sobre salud bucal	Es la medida de la actividad humana observable que manifiesta las reacciones producto de estímulos, las cuales son acciones aprendidas mediante estereotipos y modificados continuamente por patrones de cuidado de la salud bucal	Inadecuada dimensión de cepillo para higiene	Encuesta sobre salud bucal basado en la traducción y modificación del HU-DBI	BUENO REGULAR MALO	0-3 (malo)
		Cepillado cuidadoso y minucioso			4-7 (regular)
		Técnica adecuada de cepillado orientada por profesional			8-10 (bueno)
		Preocupación de aspecto de dientes posterior a cepillado			
		Dolor como principal motivo para acudir a la consulta			
		Uso de solución reveladora para mejorar cepillado			
		Utilización de cepillo con calidad inadecuada			
		Cepillado con fuerza excesiva			
		Tiempo inadecuado para cepillado			
		Motivación de profesional sobre higiene personal			

Edad (años)	Tiempo transcurrido desde el nacimiento		Número de años cumplidos a la fecha	Razón	De 23 a 26 De 27 a 30 De 31 a 33 De 34 a 37
Género	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra		Características físicas	Nominal	Femenino Masculino
Escuela Profesional	Carrera profesional universitaria que forma parte de una facultad	Especialidad De Los Estudiantes De La Facultad De Medicina	Especialidad por Escuela Profesional	Enfermería Nutrición Medicina Humana Obstetricia Tecnología Médica	Nominal

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudio

Será un estudio descriptivo pues se limitó a observar e interpretar los resultados de la encuesta proporcionada, y transversal puesto que se ha realizado en un corto periodo de tiempo, que fue durante el primer semestre del año 2009.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

Todos los internos que pertenecieron a la facultad de medicina humana y sus 5 escuelas profesionales que son: Nutrición, Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana y Tecnología Médica.

3.2.2 Muestra:

TIPO DE MUESTREO

Fue un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

No probabilístico porque Los elementos de la muestra son seleccionados por procedimientos al azar ó con probabilidades conocidas de selección.

Por conveniencia debido a que la elección de la muestra depende de las características que el investigador elige.

TAMANO

De una población de 362 internos de la facultad de Medicina de los cuales 113 fueron de la escuela profesional de medicina humana, 69 de enfermería, 63 de obstetricia²⁶, 52 de nutrición y 65 de tecnología médica.

Se trabajo con un error estándar menor de 0.05 al 95 % de confiabilidad, mediante la fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

Por lo que resultó:

$$n = \frac{362 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2 * (362 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 130$$

Siendo 130 el número de muestra, cifra que representó el 36% del total de la población, se tomó tal porcentaje como número mínimo de individuos por cada escuela profesional, resultado que se planteó se la siguiente forma:

Internos de Medicina = 41

Internos de Enfermería = 25

Internos de Obstetricia = 22

Internos de Nutrición = 19

Internos de Tecnología Médica = 23

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión:

- Internos de la Facultad de Medicina matriculados en el periodo 2009-I
- Internos que realicen internado Hospitalario durante el periodo 2009
- Internos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Criterios de exclusión:

- Internos de otras universidades
- Internos de otra facultad

3.2.3 Unidad de Análisis y de observación:

Los internos de las escuelas académico-profesionales de la facultad de Medicina Humana, Enfermería, Nutrición, Psicología, Tecnología Médica, Enfermería y Obstetricia que se encuentren realizando el internado durante el año 2009.

3.3 RECURSOS

3.3.1 Recursos Humanos:

Bachiller en Odontología Johnatan Manuel Santillán Condori.
(Autor)

3.3.2 Recursos Materiales:

Encuestas impresas en papel bond A4

Útiles de escritorio

Alquiler de sistema informático

Viáticos (por lo que duró la encuesta)

Fotocopias

Impresiones

Tiños

Scaneos

Grabaciones en CD

3.4 Métodos

El método utilizado fue un estudio observacional de corte transversal, a través de una encuesta que fue llenada de forma voluntaria y anónima.

3.4.1 Procedimientos y Técnicas

- Técnica:

Se realizó mediante la encuesta de tipo cuestionario

- Instrumento:

El instrumento utilizado se basó en la encuesta de Conducta en Salud Dental de la Universidad de Hiroshima, la cual fue elaborada por el Dr. Kawamura, quien pertenece al grupo de docentes de la Universidad de Hiroshima, la misma que fue elaborada en japonés y validado mediante distintos trabajos de investigación, traducido a más de 9 idiomas logrando ser utilizado de manera óptima en los antecedentes. Al no encontrar la misma en idioma castellano se optó por realizar la traducción de la misma. Inicialmente se hizo una traducción idéntica al tenor de la de idioma inglés, la cual fue evaluada en una prueba piloto resultando deficiente para el entendimiento de los internos, por lo que se decidió cambiar la estructura de cada una de las 20 preguntas sin modificar el tema tratado en las mismas, en este momento se cambia la dirección de la misma HU-DBI que solamente evalúa conducta y se decide adaptar 10 preguntas del cuestionario modificado para evaluar el conocimiento y 10 para la conducta.

Esta nueva encuesta, basada en la HU-DBI²⁷ fue llevada a otra prueba piloto de la cual resultó satisfactoria y adecuada para realizar la investigación. Consta de 20 preguntas cerradas con alternativas excluyentes pudiendo afirmar o negar.

Descripción del instrumento:

Consta de 20 preguntas, de las cuales 10 son de conocimientos y 10 de conducta para medir su nivel respecto a salud bucal.

Preguntas referentes al conocimiento:

Con sus respectivos números de ubicación de la encuesta:

1. Es muy necesario ir al dentista (Pregunta No. 1)
2. Las encías tienden a sangrar cuando se cepillan los dientes (Pregunta No. 2)
3. Ignoro los motivos del cambio de color de los dientes (Pregunta No. 3)
4. Las masas que quedan pegadas a los dientes sucios se denominan “placas blanquecinas” (Pregunta No. 4)
5. Es imposible y no se puede evitar usar prótesis al ser anciano (Pregunta No. 6)
6. No se conoce a qué se deba la alteración del color de las encías (Pregunta No. 7)
7. Los dientes no van a mejorar a pesar de cepillarlos diariamente (Pregunta No. 8)
8. Cepillarse sin usar pasta dental da los mismos resultados que con dentífrico (Pregunta No. 11)
9. Mucha gente tiene mal aliento, hay causas precisas del origen (Pregunta No. 13)
10. Es imposible prevenir problemas de encías solamente cepillándose, se necesita utilizar hilo dental y colutorio entre otros. (Pregunta No. 14)

Preguntas referentes a la conducta:

11. Uso un cepillo pequeño que parece para niños (Pregunta No. 5)
12. Cepillo cuidadosamente diente por diente (Pregunta No. 9)
13. He recibido la enseñanza profesional de cepillado de dientes (Pregunta No. 10)

14. Normalmente me miro al espejo los dientes después de cepillarlos (Pregunta No. 12)
15. Solo el dolor de diente me hace ir al dentista (Pregunta No. 15)
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo (Pregunta No. 16)
17. Uso cepillos con cerdas duras (Pregunta No. 17)
18. Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente (Pregunta No. 18)
19. No uso mucho tiempo para cepillarme los dientes (Pregunta No. 19)
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo bien (Pregunta No. 20)

3.4.2 Recolección de Datos

DESCRIPCION DE LA RECOLECCION

Para la prueba piloto se realizó la convocatoria de internos de medicina humana del Hospital Hipólito Unanue para poder resolver errores en las primeras encuestas, ya que en esta sede se encontraron internos de distintas universidades excepto de San Marcos.

Para desarrollar el cuestionario corregido y modificado se realizó la coordinación de las sedes hospitalarias 2 de Mayo, Hospital Loayza, Hospital Hipólito Unanue y la Facultad de San Fernando con los mismos internos y sus delegados de sedes, quienes colaboraron con la organización y convocatoria para resolver el cuestionario en los mismos hospitales durante sus horas de refrigerio o post guardia así como en la misma facultad de medicina.

Se logró completar 158 encuestas con las cuales se procedió a tabular los datos en una matriz.

De estos 158 internos 28 fueron de medicina humana, 40 de enfermería, 30 de obstetricia, 40 de nutrición y 20 de tecnología médica. Esto sucedió debido a que algunos de los internos no dispuso de tiempo necesario para responder la encuesta y otro grupo no aceptó participar de la misma.

TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego de la aplicación del instrumento, los datos fueron procesados de manera automatizada, en una computadora Pentium IV, utilizando los siguientes Softwares:

Procesador de texto Microsoft Word 200, Microsoft Excel 200, Programa Estadístico SPSS 11

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de la información se realizó mediante la aplicación de la estadística descriptiva (tablas de frecuencias y porcentajes, gráficos de barras) y la estadística inferencial para la comprobación de las hipótesis y el cumplimiento de los objetivos. Se utilizó las siguientes Pruebas estadísticas:

Se utilizó el artificio de análisis estadístico Chi cuadrado y spearman para analizar diferencias entre grupos de escuelas profesionales.

IV. RESULTADOS

CONOCIMIENTOS

Tabla N° 1 Conocimiento sobre la necesidad de acudir al odontólogo según escuela académico profesional.

Escuela Profesional	Necesidad de acudir al Odontólogo				TOTAL	
	NO		SI		f	%
	f	%	f	%		
Enfermería	28	70,0%	12	30,0%	40	100%
Medicina	18	64,3%	10	35,7%	28	100%
Nutrición	27	67,5%	13	32,5%	40	100%
Obstetricia	22	73,3%	8	26,7%	30	100%
Tecnología Médica	12	60,0%	8	40,0%	20	100%
Total	107	67,7%	51	32,3%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 67.7% califica de manera negativa que la visita al odontólogo sea muy necesaria, las 5 escuelas optan en sus mayorías a negar la pregunta planteada.

Gráfico N° 1. Conocimiento sobre la necesidad de acudir al odontólogo según escuela académico profesional.

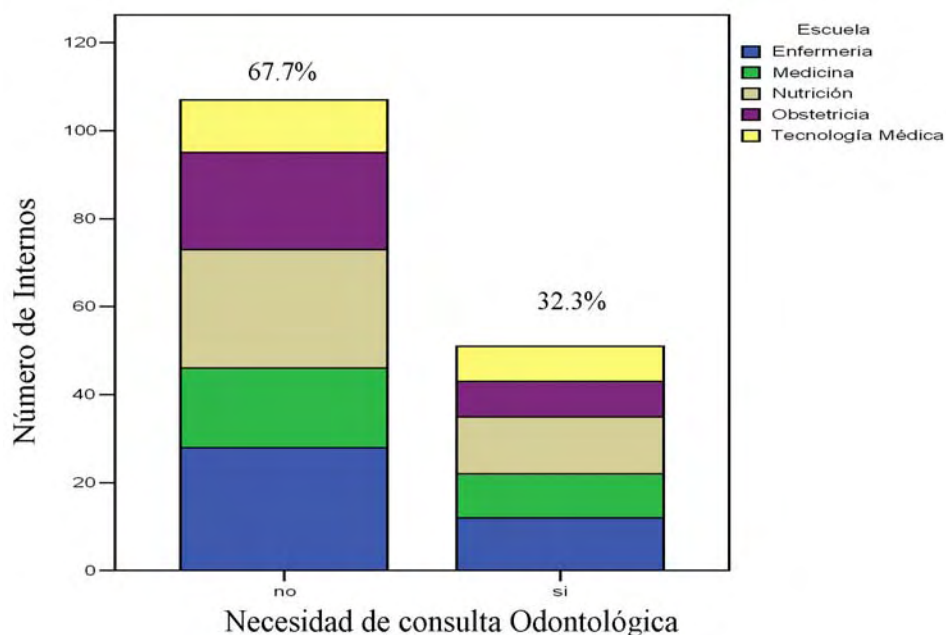


Tabla N° 2. Conocimiento sobre el sangrado gingival durante el cepillado
según escuela académica profesional.

Escuela Académica Profesional	Sangrado Gingival				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	23	57,5%	17	42,5%	40	100%
Medicina	15	53,6%	13	46,4%	28	100%
Nutrición	23	57,5%	17	42,5%	40	100%
Obstetricia	21	70,0%	9	30,0%	30	100%
Tecnología Médica	13	65,0%	7	35,0%	20	100%
Total	95	60,1%	63	39,9%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 60.1% de los internos niega que la causa del sangrado gingival sea el cepillado, siendo mayor el porcentaje de negativa en las 5 escuelas.

Gráfico N° 2. Conocimiento sobre el sangrado gingival durante el cepillado
según escuela académica profesional.

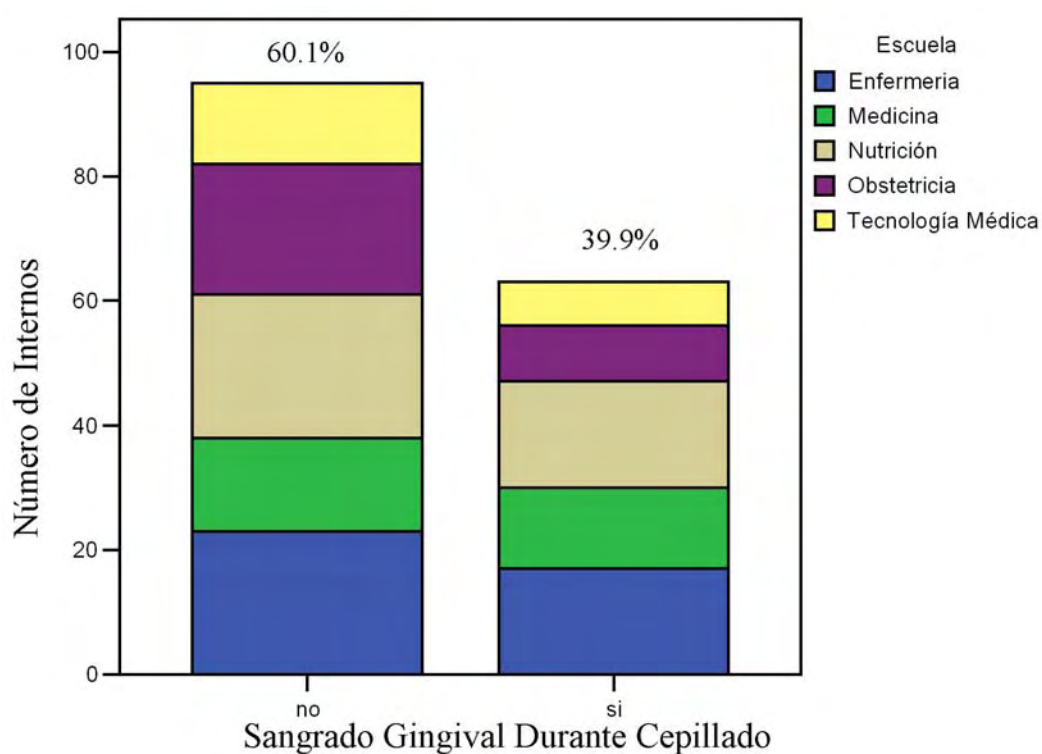


Tabla N° 3. Conocimiento sobre pigmentación dental
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Pigmentación Dental				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	25	62,5%	15	37,5%	40	100%
Medicina	19	67,9%	9	32,1%	28	100%
Nutrición	22	55,0%	18	45,0%	40	100%
Obstetricia	17	56,7%	13	43,3%	30	100%
Tecnología Médica	10	50,0%	10	50,0%	20	100%
Total	93	58,9%	65	41,1%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 58.9% de los internos refieren no ignorar los motivos del cambio de color dentario, alcanzando un 50% de afirmación en la escuela de Tecnología Médica.

Gráfico N° 3. Conocimiento sobre pigmentación dental
según escuela académico profesional.

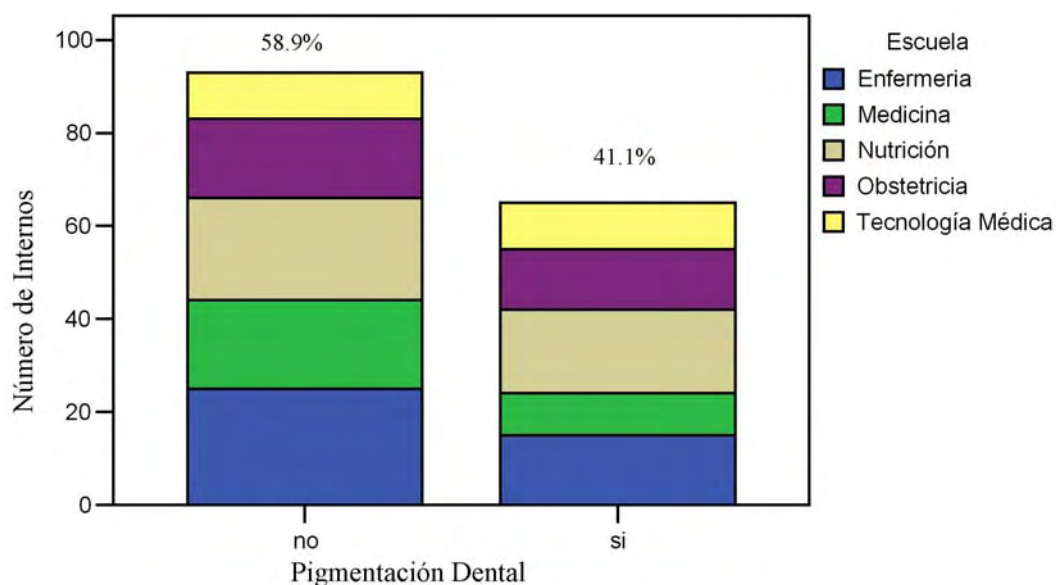


Tabla N° 4. Conocimiento sobre placa bacteriana
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Placa Bacteriana				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	F	%		
Enfermería	21	52,5%	19	47,5%	40	100%
Medicina	18	64,3%	10	35,7%	28	100%
Nutrición	20	50,0%	20	50,0%	40	100%
Obstetricia	18	60,0%	12	40,0%	30	100%
Tecnología Médica	10	50,0%	10	50,0%	20	100%
Total	87	55,1%	71	44,9%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 55.1% de los internos niegan que aquellas masas pegadas a los dientes sucios se denominen “placas blanquecinas”, dentro de lo cual la escuela de nutrición y tecnología médica tienen el 50% de sus encuestados que lo niega.

Gráfico N° 4. Conocimiento sobre placa bacteriana
según escuela académico profesional.

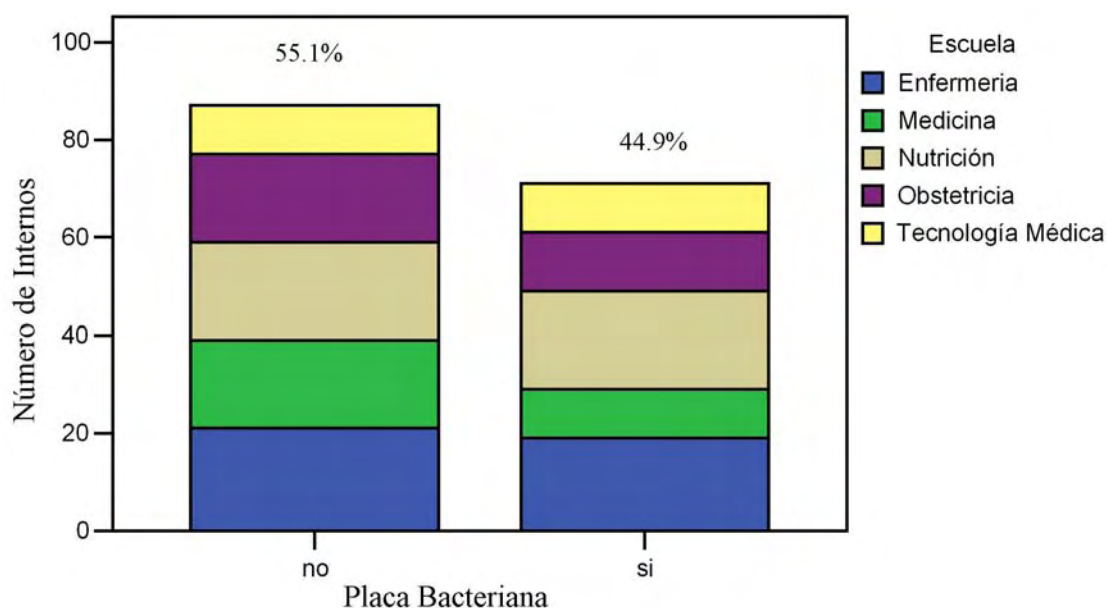


Tabla N° 5. Conocimiento sobre la indicación de necesidad protésicos
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Necesidad Protésica				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	13	32,5%	27	67,5%	40	100%
Medicina	10	35,7%	18	64,3%	28	100%
Nutrición	12	30,0%	28	70,0%	40	100%
Obstetricia	11	36,7%	19	63,3%	30	100%
Tecnología Médica	6	30,0%	14	70,0%	20	100%
Total	52	32,9%	106	67,1%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.
El 67.1% de los internos afirman que es imposible poder evitar el recurso protésico al llegar a la 3ra edad, siendo la respuesta de mayor aceptación en las 5 escuelas.

Gráfico N° 5. Conocimiento sobre la indicación de necesidad protésica
según escuela académico profesional.

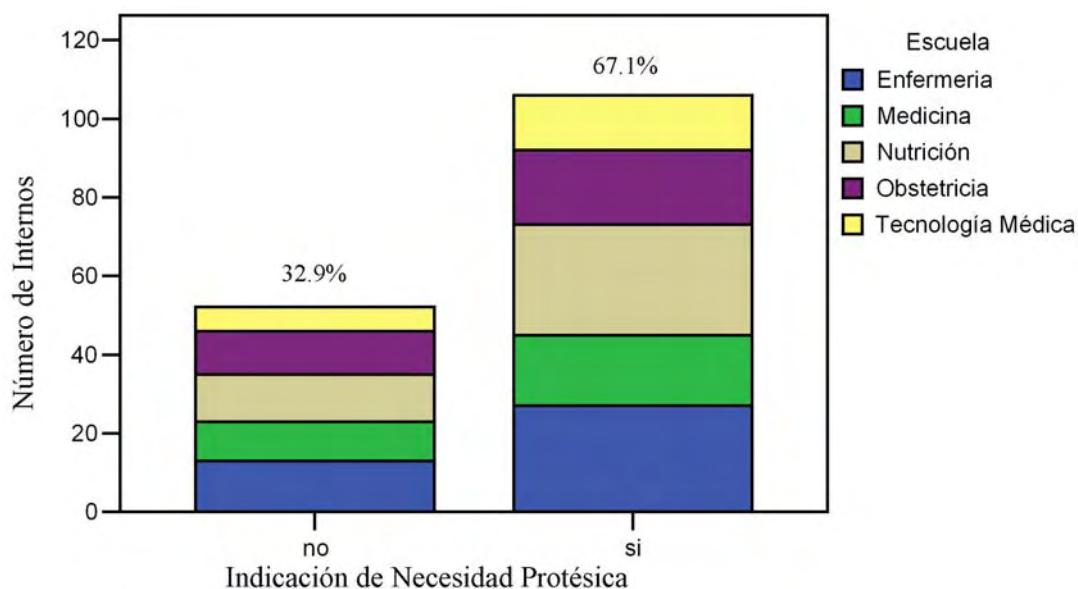


Tabla N° 6. Conocimiento sobre la alteración del color gingival
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Coloración Gingival				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	F	%		
Enfermería	29	72,5%	11	27,5%	40	100%
Medicina	19	67,9%	9	32,1%	28	100%
Nutrición	22	55,0%	18	45,0%	40	100%
Obstetricia	16	53,3%	14	46,7%	30	100%
Tecnología Médica	13	65,0%	7	35,0%	20	100%
Total	99	62,7%	59	37,3%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 62.7% de los internos niegan que no se conozca los motivos de los cambios de coloración gingival.

Gráfico N° 6. Conocimiento sobre la alteración del color gingival
según escuela académico profesional.

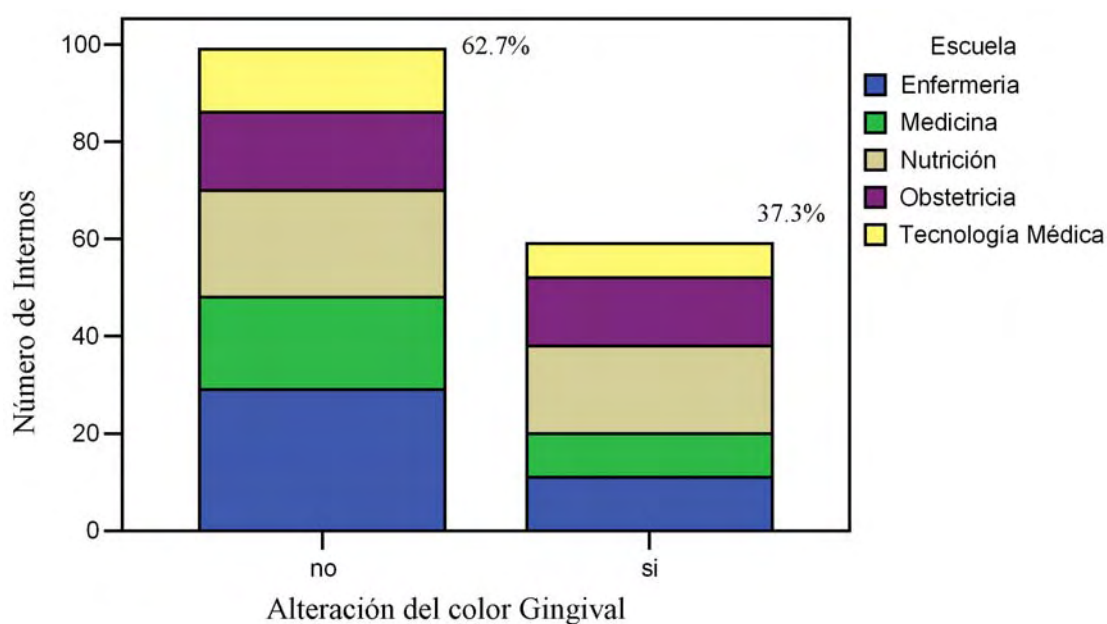


Tabla N° 7. Conocimiento sobre frecuencia de cepillado
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Frecuencia de Cepillado				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	18	45,0%	22	55,0%	40	100%
Medicina	7	25,0%	21	75,0%	28	100%
Nutrición	16	40,0%	24	60,0%	40	100%
Obstetricia	14	46,7%	16	53,3%	30	100%
Tecnología Médica	11	55,0%	9	45,0%	20	100%
Total	66	41,8%	92	58,2%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.
El 58.2% de los internos afirman que no existe mejoría dentaria al cepillado diario, teniendo en tecnología médica al 55% que opina lo contrario.

Gráfico N° 7. Conocimiento sobre frecuencia de cepillado
según escuela académico profesional.

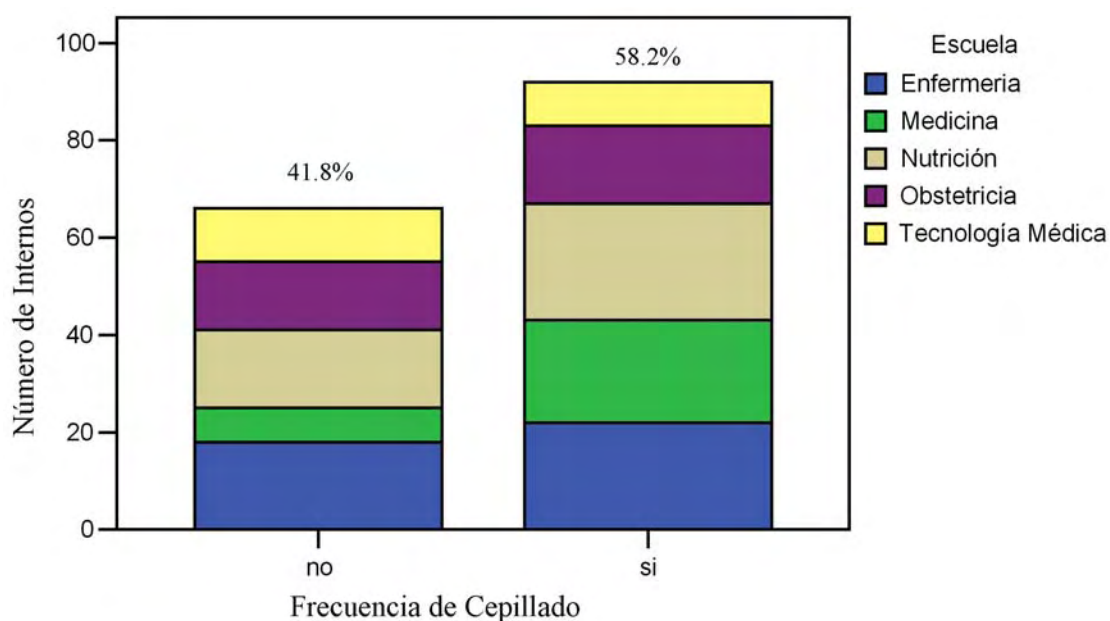


Tabla N° 8. Conocimiento sobre función del dentífrico
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Función del Dentífrico				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	F	%		
Enfermería	31	77,5%	9	22,5%	40	100%
Medicina	24	85,7%	4	14,3%	28	100%
Nutrición	22	55,0%	18	45,0%	40	100%
Obstetricia	24	80,0%	6	20,0%	30	100%
Tecnología Médica	9	45,0%	11	55,0%	20	100%
Total	110	69,6%	48	30,4%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 69.6% de los internos opinan que no da el mismo resultado cepillarse con pasta a hacerlo sin esta, teniendo el 55% de tecnología médica que opina lo contrario.

Gráfico N° 8. Conocimiento sobre función del dentífrico
según escuela académico profesional.

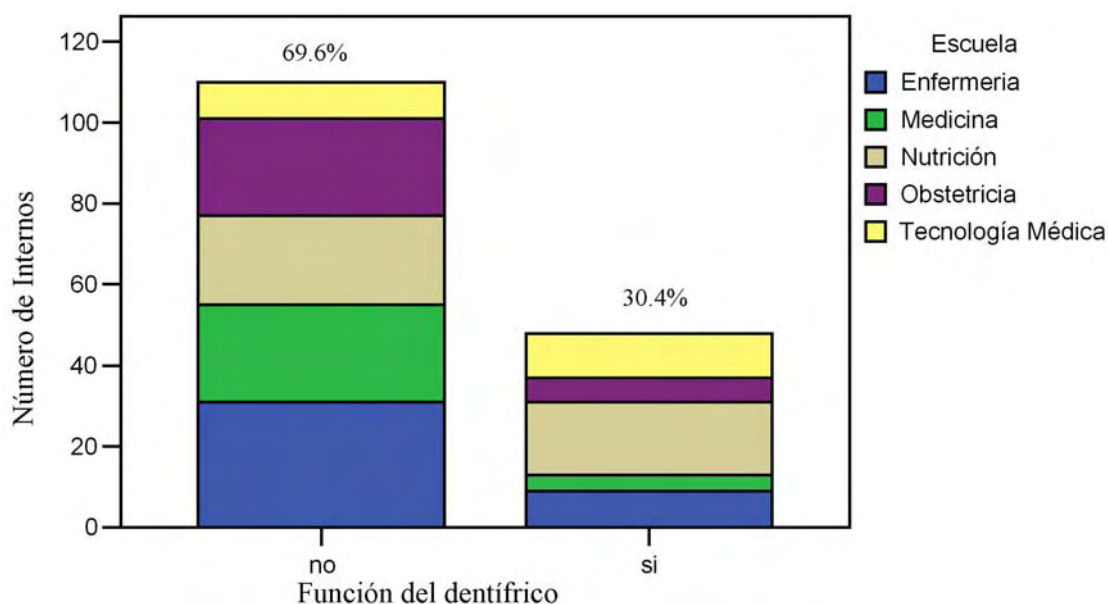


Tabla N° 9. Conocimiento sobre halitosis
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Halitosis				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	0	,0%	40	100,0%	40	100%
Medicina	0	,0%	28	100,0%	28	100%
Nutrición	2	5,0%	38	95,0%	40	100%
Obstetricia	0	,0%	30	100,0%	30	100%
Tecnología Médica	0	,0%	20	100,0%	20	100%
Total	2	1,3%	156	98,7%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 98.7% de los internos afirma que si existen causas precisas sobre el origen de la halitosis. Se encuentra el 1.3% de internos que opinan lo contrario dentro del grupo de los estudiantes de nutrición.

Gráfico N° 9. Conocimiento sobre halitosis
según escuela académico profesional.

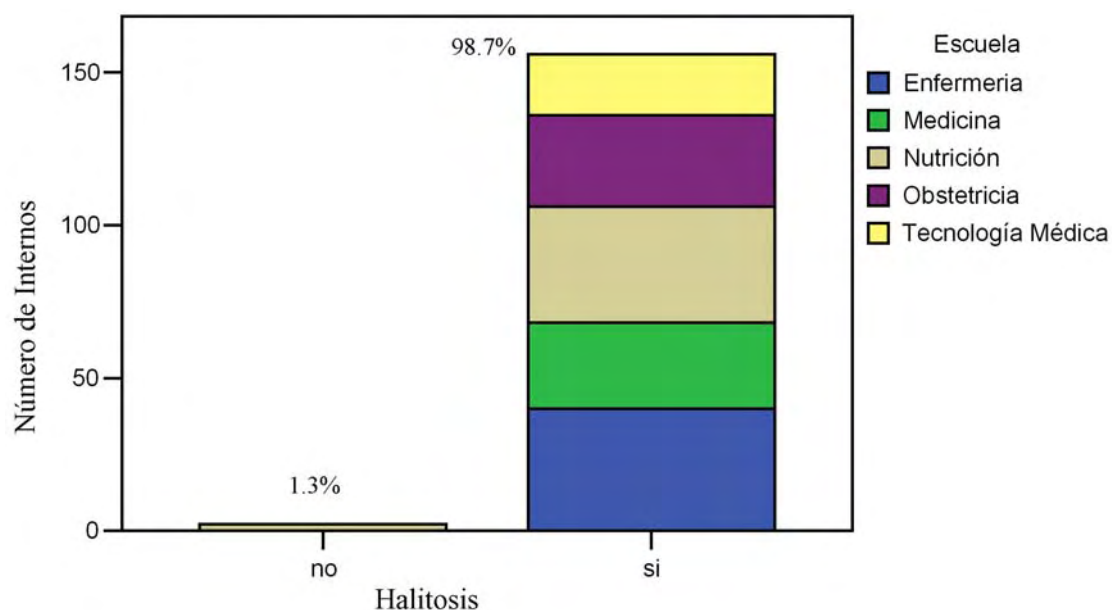


Tabla N° 10. Conocimiento sobre instrumentos de higiene bucal
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Problemas				Total	
	NO		SI		t	%
	no	f	Si	f		
Enfermería	8	20,0%	32	80,0%	40	100%
Medicina	8	28,6%	20	71,4%	28	100%
Nutrición	8	20,0%	32	80,0%	40	100%
Obstetricia	4	13,3%	26	86,7%	30	100%
Tecnología Médica	6	30,0%	14	70,0%	20	100%
Total	34	21,5%	124	78,5%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 78.5% de los internos afirman que si es imposible conseguir óptimos resultados solamente utilizando cepillo y pasta dentífrica, que es necesario el uso de otros aditamentos como el hilo dental, colutorio, entre otros.

Gráfico N° 10. Conocimiento sobre instrumentos de higiene bucal
según escuela académico profesional.

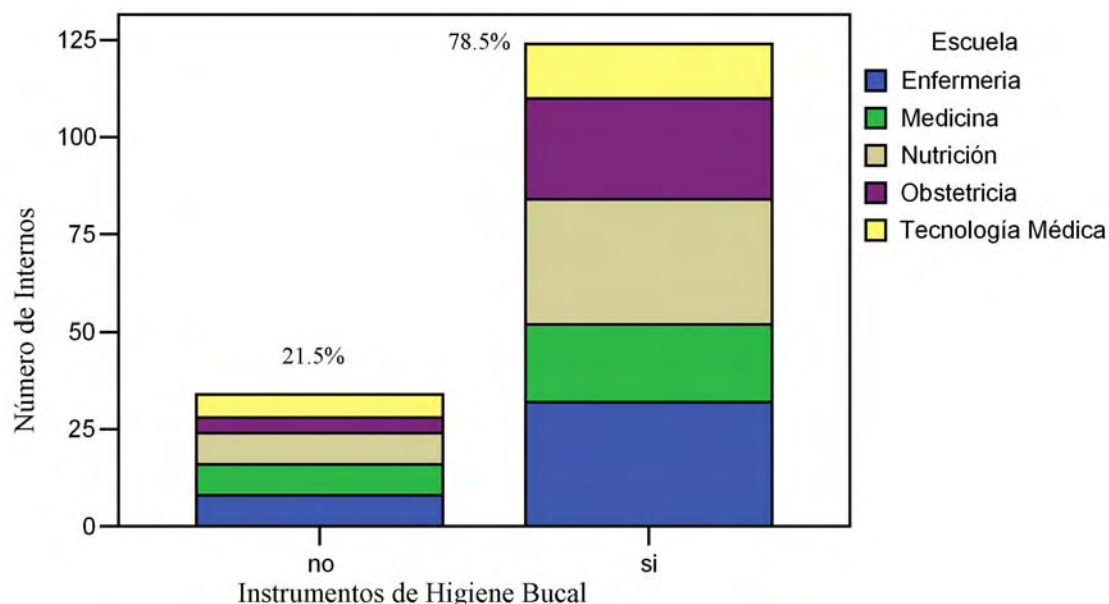


Tabla N° 11. Nivel de conocimientos sobre salud bucal
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Nivel de Conocimientos						Total	
	BUENO		MALO		REGULAR		t	%
	f	%	f	%	f	%		
Enfermería	2	5,0%	6	15,0%	32	80,0%	40	100%
Medicina	0	,0%	3	10,7%	25	89,3%	28	100%
Nutrición	1	2,5%	8	20,0%	31	77,5%	40	100%
Obstetricia	0	,0%	6	20,0%	24	80,0%	30	100%
Tecnología Médica	2	10,0%	3	15,0%	15	75,0%	20	100%
Total	5	3,2%	26	16,5%	127	80,4%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 80.4% de los internos obtuvo un Nivel de Conocimientos REGULAR.

Con los cual se convalidó la hipótesis sobre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los internos de ciencias de la salud.

Y se niega la hipótesis sobre que existen diferencias significativas sobre el nivel e conocimiento sobre salud bucal entre las escuelas profesionales.

Gráfico N° 11. Nivel de conocimientos sobre salud bucal
según escuela académico profesional.

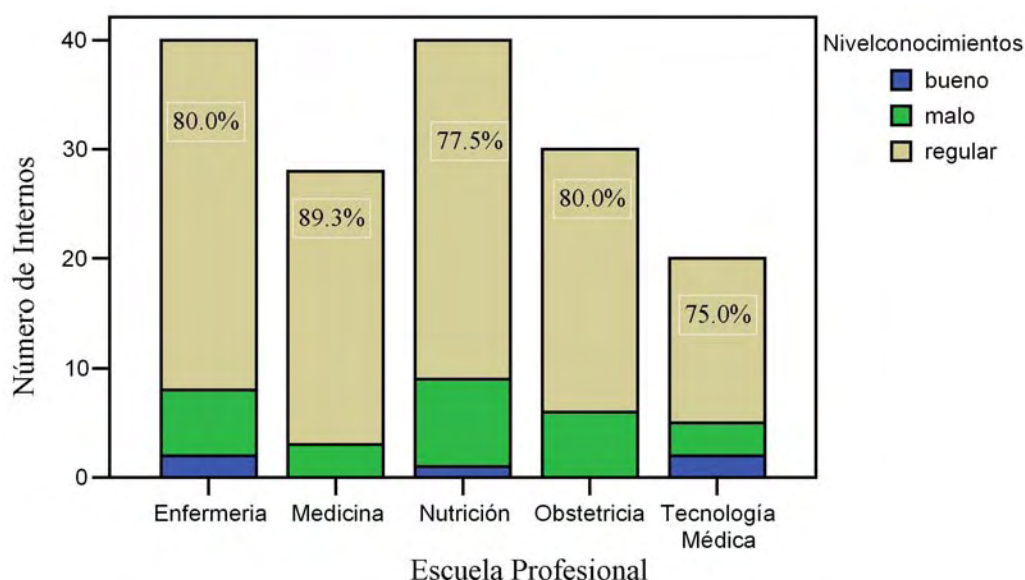


Tabla N° 12. Nivel de conocimientos según género.

Género	Nivel de Conocimientos						Total	
	bueno		malo		regular		t	%
	f	%	f	%	f	%		
Femenino	4	4,2%	15	15,6%	77	80,2%	96	100%
Masculino	1	1,6%	11	17,7%	50	80,6%	62	100%
Total	5	3,2%	26	16,5%	127	80,4%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre los géneros analizados.

El 80.2% de las internas de obtuvo un nivel REGULAR de conocimientos, mientras el 80.6% de los varones también obtuvo el mismo nivel REGULAR. Habiéndose encuestado a 96 mujeres y 62 varones.

Gráfico N° 12. Nivel de conocimientos según género.

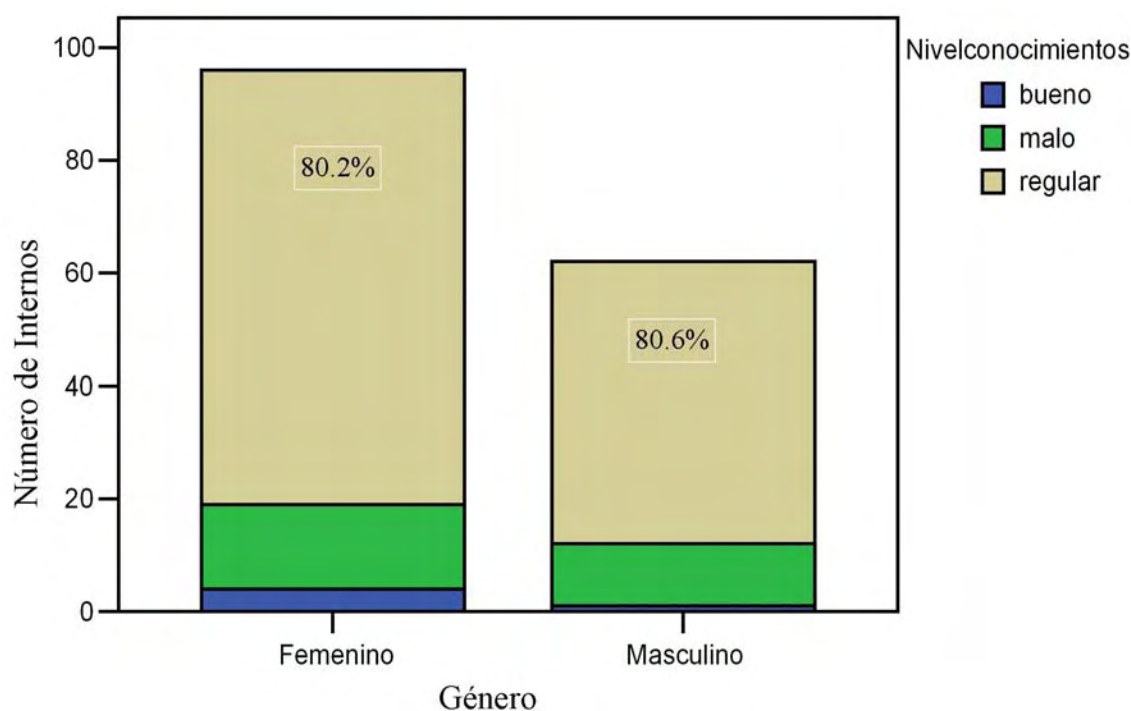


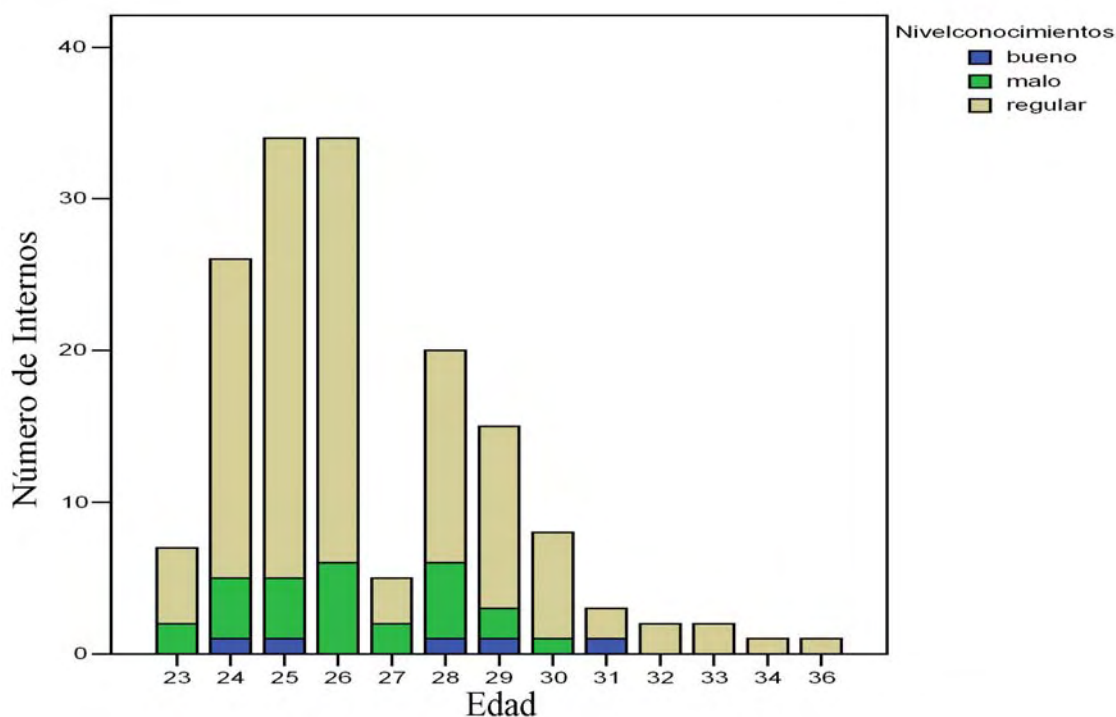
Tabla N° 13. Nivel de conocimientos sobre salud bucal según edad.

Nivel de Conocimientos	Promedio de EDAD
Bueno	27.2
Malo	26.4
Regular	26.5
Total	26.47

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas del nivel de conocimientos según las edades de los internos analizados. Dentro de la variable edad se aprecia una MEDIANA de 26 años, MODA mayoritaria es de 25 años, una edad MINIMA de 23 y una MAXIMA de 36 años. El PROMEDIO de edad es de 26.47 años.

En todas las edades se encuentra el mayor porcentaje de nivel de conocimiento en el nivel de REGULAR, de todas, el 44.8% se encuentra entre 25 y 26 años.

Gráfico N° 13. Nivel de conocimientos según edad.



CONDUCTA

Tabla N° 14. Conducta sobre uso de cepillo dental de dimensión inadecuada

según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Cepillo dental de dimensión inadecuada				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	38	95,0%	2	5,0%	40	100%
Medicina	28	100,0%	0	,0%	28	100%
Nutrición	36	90,0%	4	10,0%	40	100%
Obstetricia	28	93,3%	2	6,7%	30	100%
Tecnología Médica	17	85,0%	3	15,0%	20	100%
Total	147	93,0%	11	7,0%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 7% de los internos afirma hacer uso de un cepillo de dimensiones pediátricas.

Gráfico N° 14. Conducta sobre uso de cepillo dental de dimensión inadecuada

según escuela académico profesional.

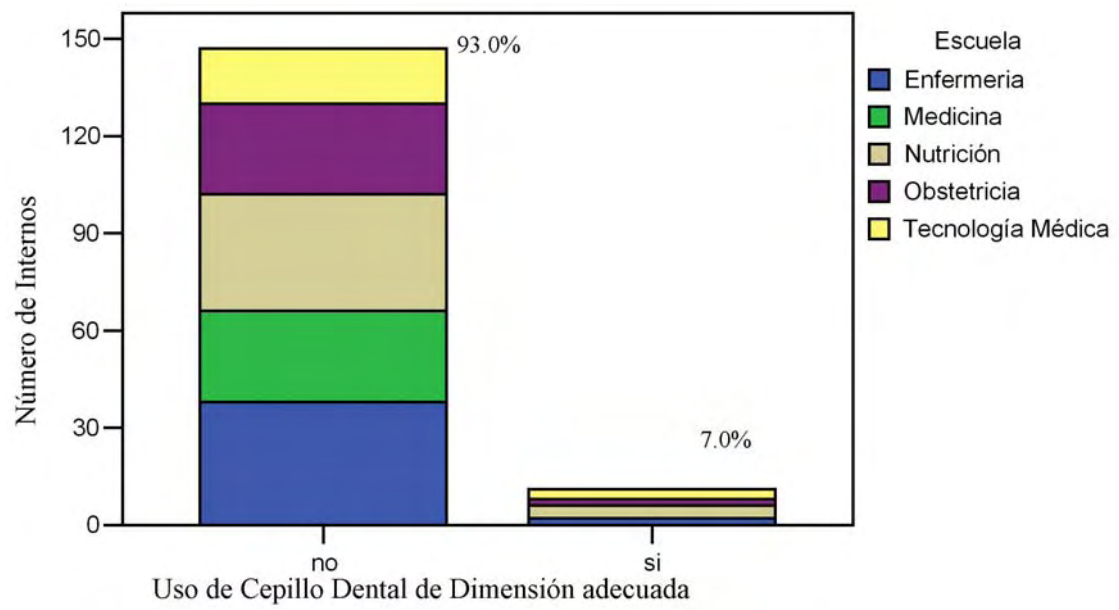


Tabla N° 15. Conducta sobre cepillado minucioso
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Cepillado minucioso				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	22	55,0%	18	45,0%	40	100%
Medicina	15	53,6%	13	46,4%	28	100%
Nutrición	19	47,5%	21	52,5%	40	100%
Obstetricia	16	53,3%	14	46,7%	30	100%
Tecnología Médica	11	55,0%	9	45,0%	20	100%
Total	83	52,5%	75	47,5%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 52.5% refiere que NO realiza un cepillado minucioso. Dentro de la escuela de Nutrición se encuentra que el 52.5% de sus internos si lo realizan.

Gráfico N° 15. Conducta sobre cepillado minucioso
según escuela académico profesional.

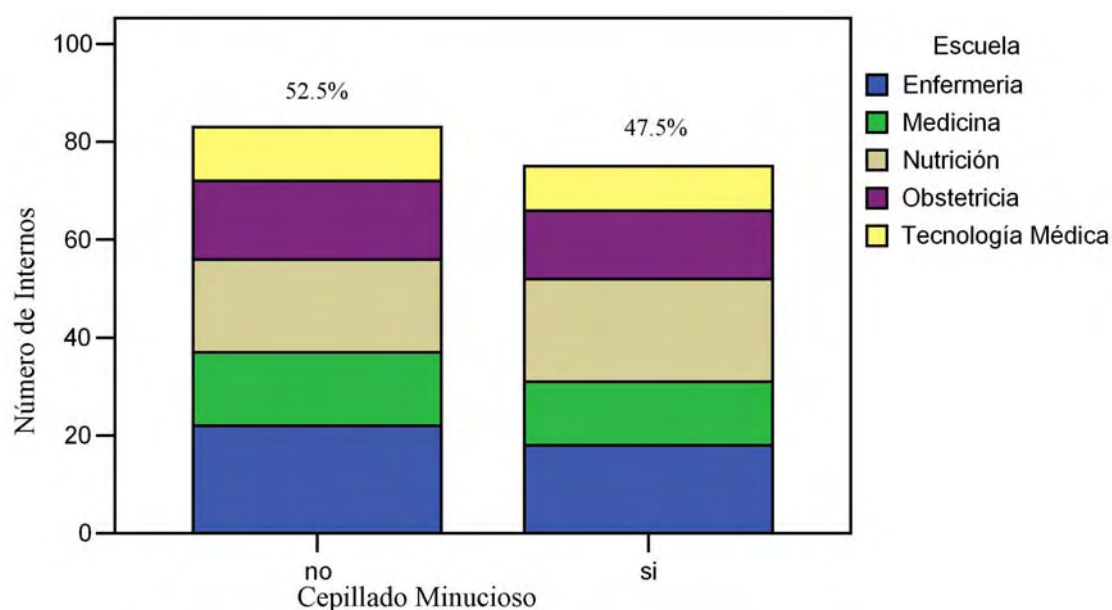


Tabla N° 16. Conducta sobre búsqueda de orientación profesional para higiene

según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Orientación Profesional				Total	
	NO		SI		T	%
	f	%	f	%		
Enfermería	24	60,0%	16	40,0%	40	100%
Medicina	18	64,3%	10	35,7%	28	100%
Nutrición	13	32,5%	27	67,5%	40	100%
Obstetricia	14	46,7%	16	53,3%	30	100%
Tecnología Médica	7	35,0%	13	65,0%	20	100%
Total	76	48,1%	82	51,9%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 51.9% de los internos afirma que han sido orientados por un profesional en cuanto a higiene bucal para el cepillado de dientes. Sólo en la escuela de Nutrición se encuentra que su mayoría con 67.5% así lo afirman, caso contrario con las demás escuelas que sus mayorías se encuentran dentro de la negativa.

Gráfico N° 16. Conducta sobre búsqueda de orientación profesional para higiene según escuela académico profesional.

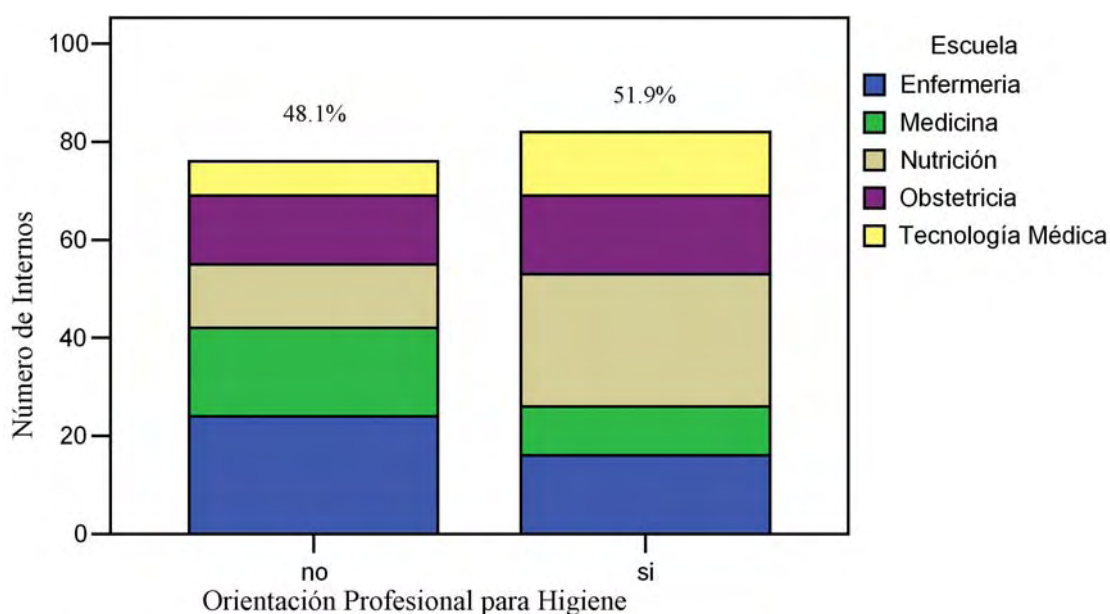


Tabla N° 17. Conducta sobre preocupación del aspecto de los dientes después del cepillado

según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Me miro al espejo después del cepillado				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	15	37,5%	25	62,5%	40	100%
Medicina	11	39,3%	17	60,7%	28	100%
Nutrición	16	40,0%	24	60,0%	40	100%
Obstetricia	3	10,0%	27	90,0%	30	100%
Tecnología Médica	7	35,0%	13	65,0%	20	100%
Total	52	32,9%	106	67,1%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El en 67.1% de internos afirman que normalmente revisan su cepillado observando sus dientes en el espejo al terminar.

Gráfico N° 17. Conducta sobre preocupación del aspecto de los dientes después del cepillado según escuela académico profesional.

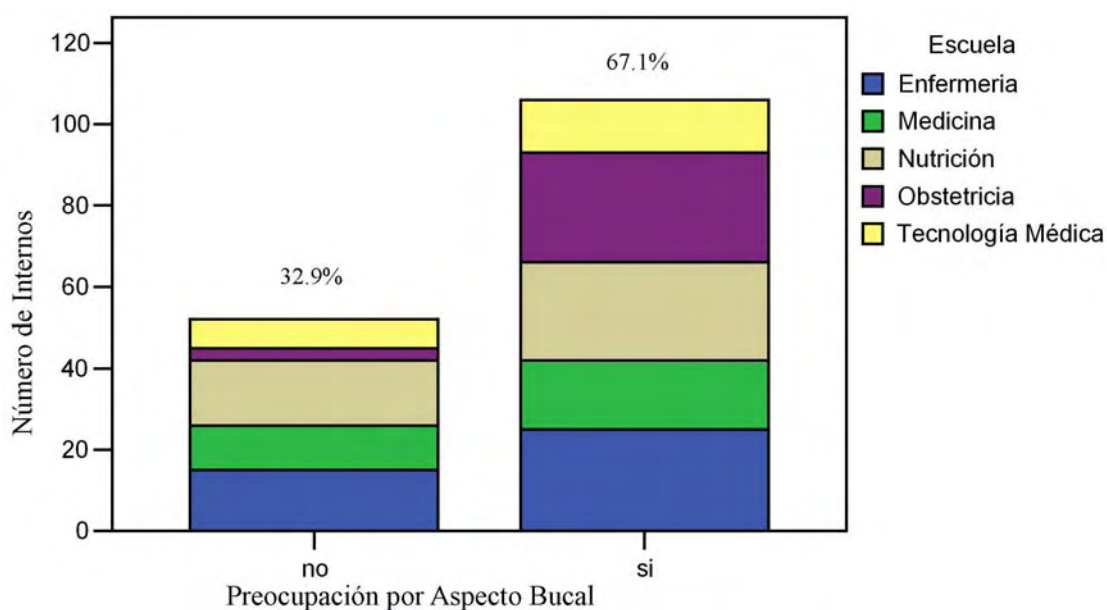


Tabla N° 18. Conducta sobre acudir a la visita principalmente por dolor
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Dolor				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	19	47,5%	21	52,5%	40	100%
Medicina	16	57,1%	12	42,9%	28	100%
Nutrición	12	30,0%	28	70,0%	40	100%
Obstetricia	11	36,7%	19	63,3%	30	100%
Tecnología Médica	10	50,0%	10	50,0%	20	100%
Total	68	43,0%	90	57,0%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 57% de los internos afirman que solamente acuden al odontólogo cuando presentan una odontalgia. No siendo así con el 57.1% de los internos de medicina ni con el 50% de los de Tecnología Médica.

Gráfico N° 18. Conducta sobre acudir a la visita principalmente por dolor
según escuela académico profesional.

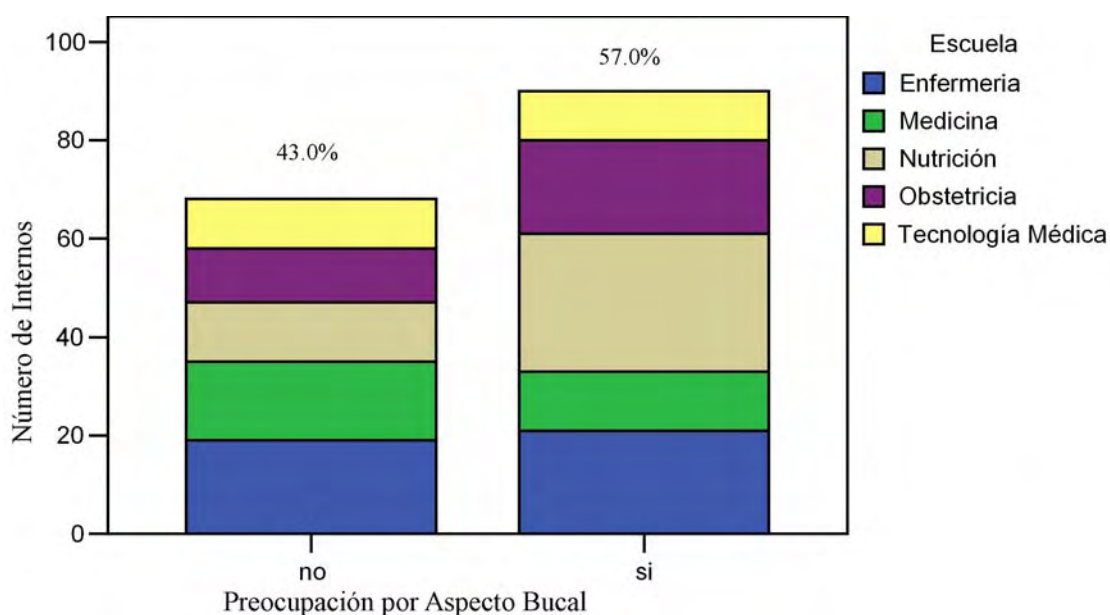


Tabla N° 19. Conducta sobre uso de solución reveladora para mejorar el cepillado

según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Uso de Revelador				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	24	60,0%	16	40,0%	40	100%
Medicina	18	64,3%	10	35,7%	28	100%
Nutrición	13	32,5%	27	67,5%	40	100%
Obstetricia	14	46,7%	16	53,3%	30	100%
Tecnología Médica	7	35,0%	13	65,0%	20	100%
Total	76	48,1%	82	51,9%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 51.9% de los internos afirma que si han hecho uso de solución reveladora de placa para mejorar el cepillado, siendo contraria la respuesta de la mayoría dentro de los internos de medicina con un 64.3% y en enfermería con un 60%.

Gráfico N° 19. Conducta sobre uso de solución reveladora para mejorar el cepillado según escuela académico profesional.

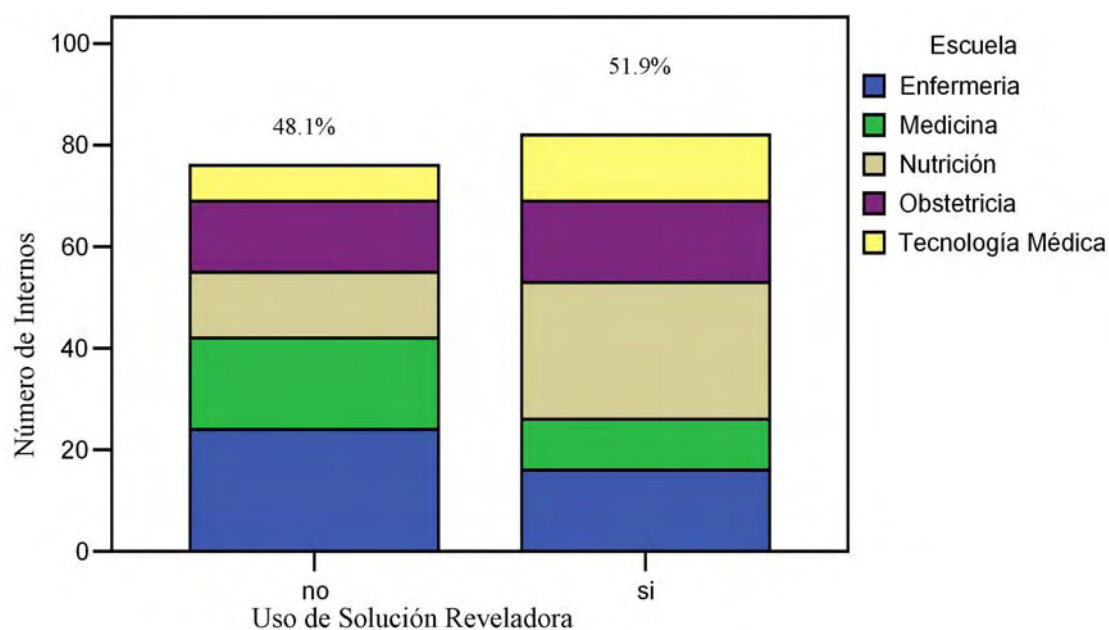


Tabla N° 20. Conducta sobre uso de cepillo dental con calidad inadecuada según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Calidad Inadecuada de cerdas				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	29	72,5%	11	27,5%	40	100%
Medicina	21	75,0%	7	25,0%	28	100%
Nutrición	28	70,0%	12	30,0%	40	100%
Obstetricia	18	60,0%	12	40,0%	30	100%
Tecnología Médica	19	95,0%	1	5,0%	20	100%
Total	115	72,8%	43	27,2%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 72.8% de los internos niega usar cepillos con cerdas duras, siendo esta la respuesta mayoritaria en las 5 escuelas.

Grafico 20. Conducta sobre uso de cepillo dental con calidad inadecuada según escuela académico profesional.

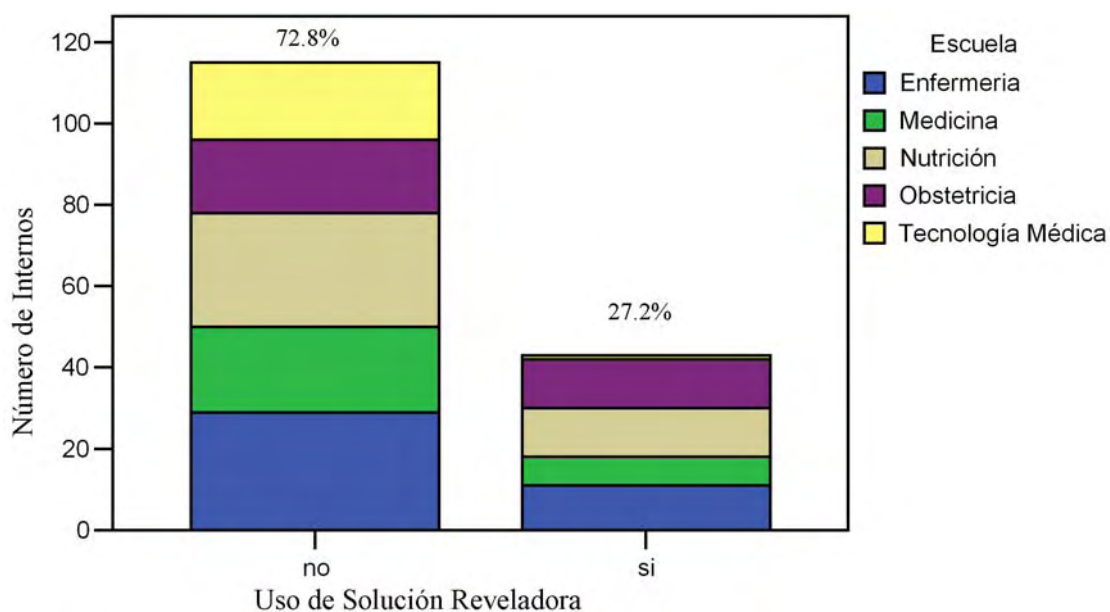


Tabla N° 21. Conducta sobre utilización de fuerza excesiva al cepillado
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Fuerza Excesiva				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	36	90,0%	4	10,0%	40	100%
Medicina	24	85,7%	4	14,3%	28	100%
Nutrición	32	80,0%	8	20,0%	40	100%
Obstetricia	23	76,7%	7	23,3%	30	100%
Tecnología Médica	16	80,0%	4	20,0%	20	100%
Total	131	82,9%	27	17,1%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 82.9% de los internos niega que sea necesario un cepillado de manera enérgica, siendo esta la respuesta mayoritaria en las 5 escuelas.

Gráfico N° 21. Conducta sobre utilización de fuerza excesiva al cepillado
según escuela académico profesional.

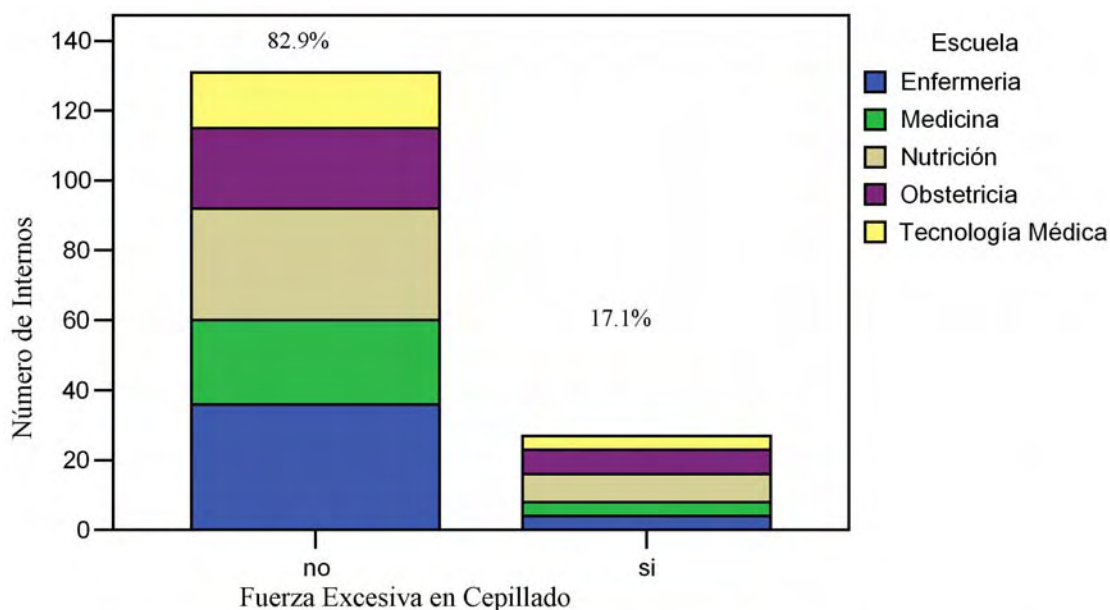


Tabla N° 22. Conducta sobre tiempo adecuado de cepillado
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Tiempo de cepillado				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	15	37,5%	25	62,5%	40	100%
Medicina	10	35,7%	18	64,3%	28	100%
Nutrición	18	45,0%	22	55,0%	40	100%
Obstetricia	15	50,0%	15	50,0%	30	100%
Tecnología Médica	5	25,0%	15	75,0%	20	100%
Total	63	39,9%	95	60,1%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 60.1% afirma que no toma mucho tiempo para realizar el cepillado dental, siendo esta afirmación la de mayor porcentaje en las 5 escuelas.

Gráfico N° 22. Conducta sobre tiempo adecuado de cepillado
según escuela académico profesional.

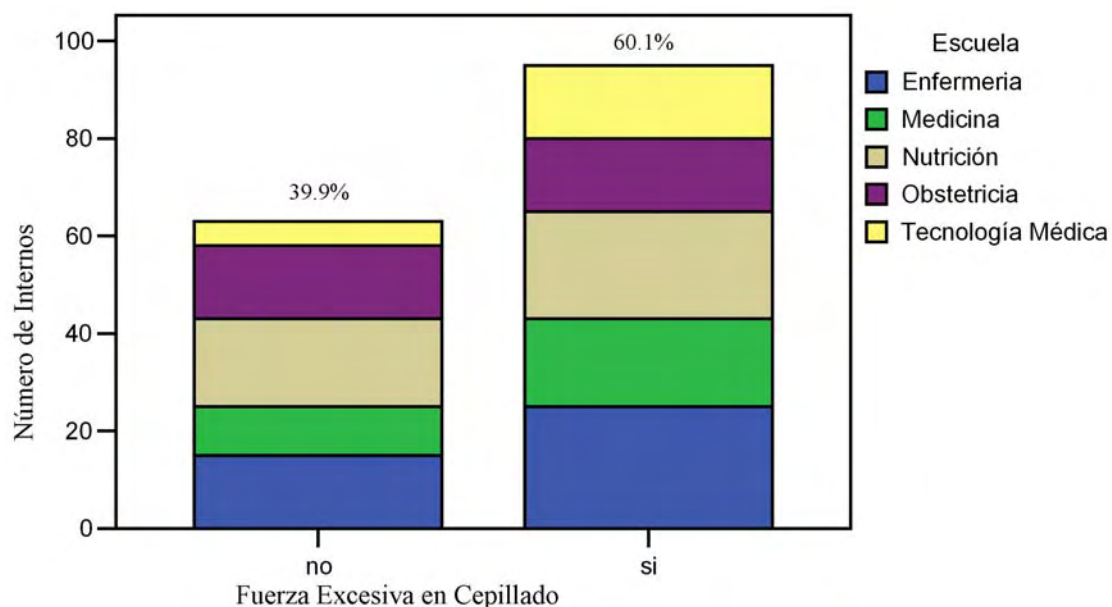


Tabla N° 23. Conducta sobre motivación por profesional
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Motivación por profesional				Total	
	NO		SI		t	%
	f	%	f	%		
Enfermería	26	65,0%	14	35,0%	40	100%
Medicina	17	60,7%	11	39,3%	28	100%
Nutrición	14	35,0%	26	65,0%	40	100%
Obstetricia	13	43,3%	17	56,7%	30	100%
Tecnología Médica	9	45,0%	11	55,0%	20	100%
Total	79	50,0%	79	50,0%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas.

El 50% de internos ha podido ser motivado por un profesional en cuanto a su cepillado dental, siendo contrario esto dentro de los internos de enfermería con un 65% y en los de medicina con un 60.7% de negatividad.

Grafico N° 23. Conducta sobre motivación por profesional
según escuela académico profesional.

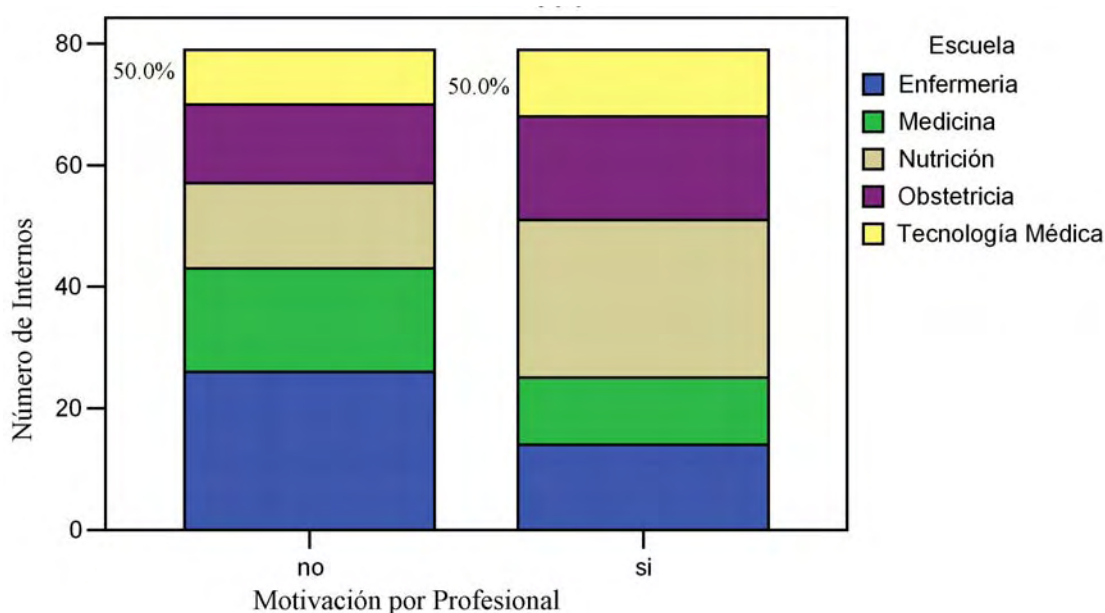


Tabla N° 24. Nivel de Conducta sobre salud bucal
según escuela académico profesional.

Escuela Académico Profesional	Nivel de Conducta						Total	
	BUENO		MALO		REGULAR		t	%
	f	%	f	%	f	%		
Enfermería	8	20,0%	4	10,0%	28	70,0%	40	100%
Medicina	3	10,7%	0	,0%	25	89,3%	28	100%
Nutrición	10	25,0%	3	7,5%	27	67,5%	40	100%
Obstetricia	6	20,0%	0	,0%	24	80,0%	30	100%
Tecnología Médica	4	20,0%	0	,0%	16	80,0%	20	100%
Total	31	19,6%	7	4,4%	120	75,9%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre las 5 escuelas analizadas. Se encuentra que el 75.9% de los internos alcanzan un nivel REGULAR de nivel de conducta sobre salud bucal, siendo este nivel el mismo dentro de las 5 escuelas.

Gráfico N° 24. Nivel de Conducta sobre salud bucal
según escuela académico profesional.

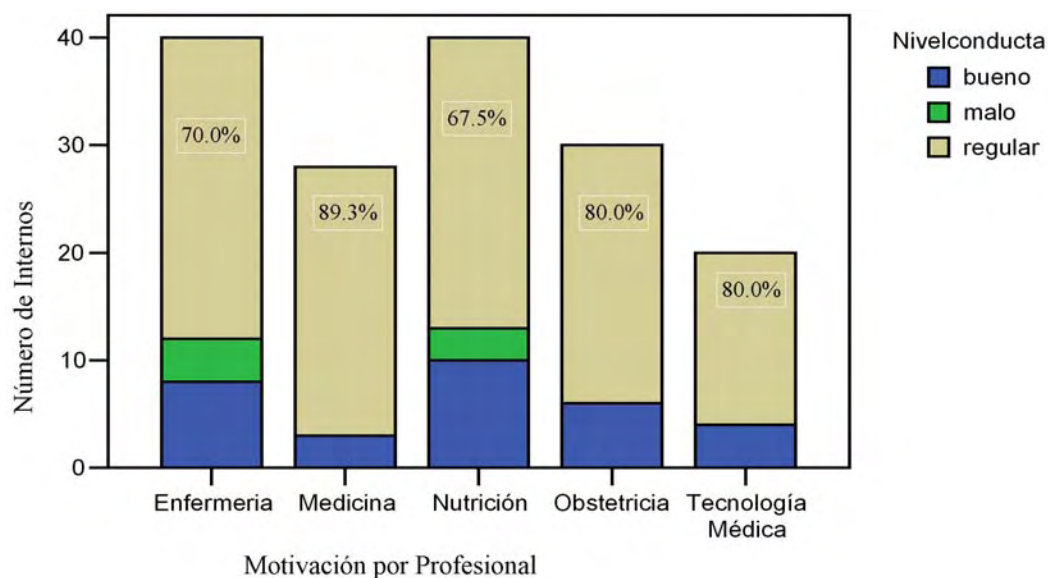


Tabla N° 25. Nivel de conducta de los internos de ciencias de la salud según género.

Género	Nivel de Conducta						Total	
	BUENO		MALO		REGULAR		t	%
	f	%	f	%	f	%		
Femenino	16	16,7%	6	6,3%	74	77,1%	96	100%
Masculino	15	24,2%	1	1,6%	46	74,2%	62	100%
Total	31	19,6%	7	4,4%	120	75,9%	158	100%

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas entre los géneros analizados.

Los niveles de conducta tanto en ambos géneros se encuentran dentro del nivel REGULAR con un 77.1% en el género femenino y un 74.2% en el masculino.

Gráfico N° 25. Nivel de conducta de los internos de ciencias de la salud según género.

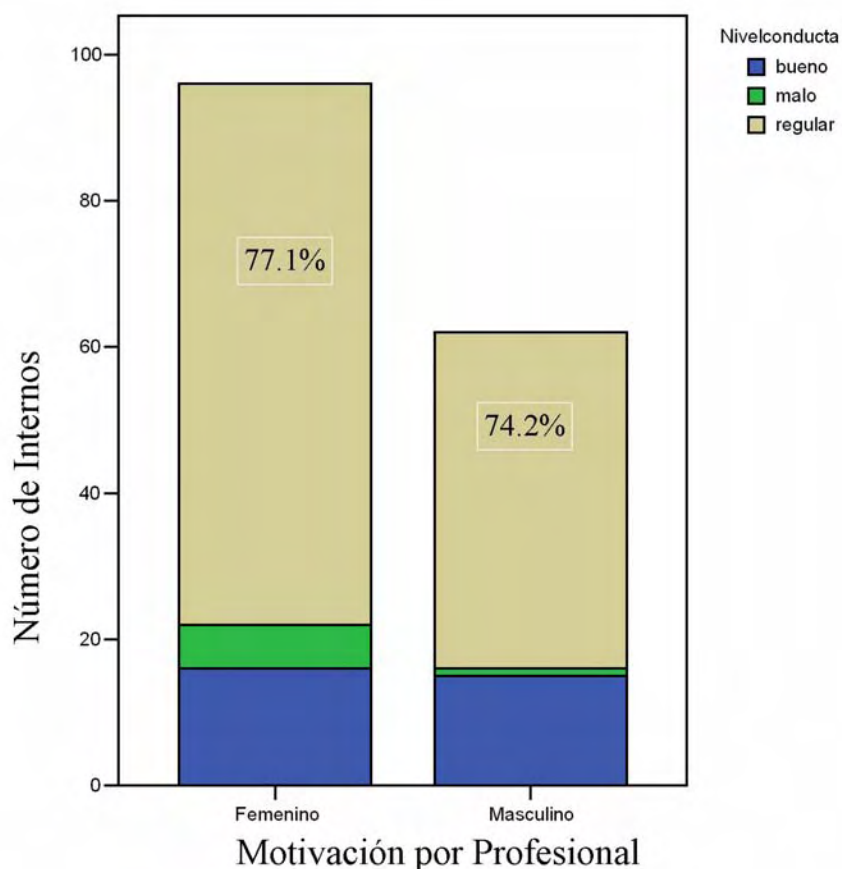


Tabla N° 26. Nivel de conducta sobre salud bucal según edad según edad.

Nivel de Conducta	Promedio de EDAD
Bueno	27.3
Malo	25.1
Regular	26.2
total	26.47

Al realizarse el análisis estadístico del Chi cuadrado, no se aprecia diferencias significativas del nivel de conducta según las edades de los internos analizados. Dentro de la variable edad se aprecia una MEDIANA de 26 años, MODA mayoritaria es de 25 años, una edad MINIMA de 23 y una MAXIMA de 36 años. El PROMEDIO de edad es de 26.47 años.

En la mayoría de las edades se encuentra el mayor porcentaje de nivel de conducta en el nivel REGULAR, de todas, el 42.5% se encuentra entre 25 y 26 años.

Gráfico N° 26. Nivel de conducta según edad según edad

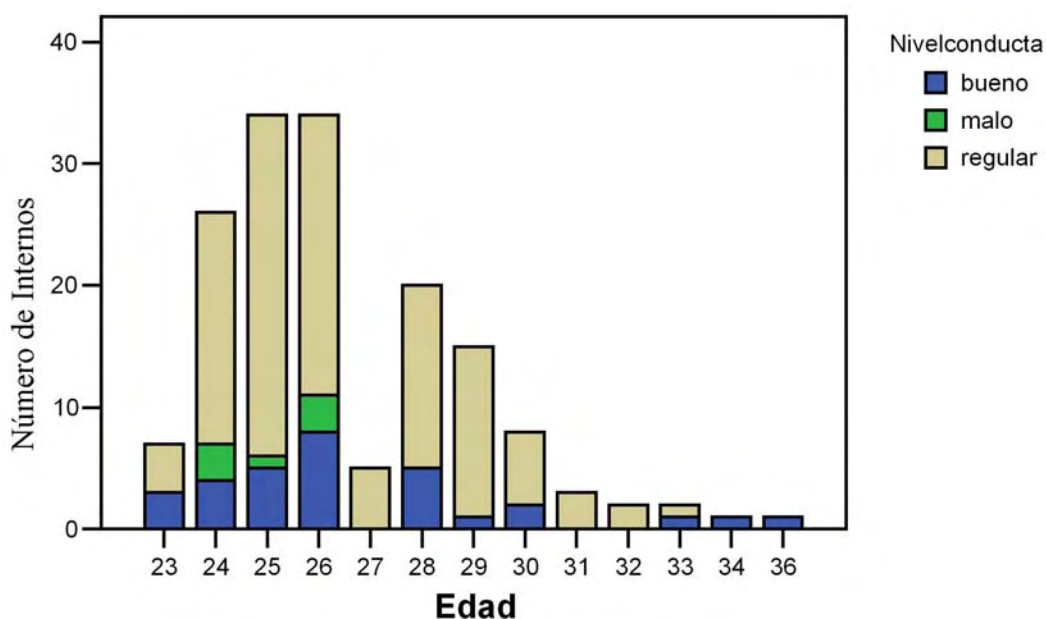


Tabla N° 27. Nivel de conducta según nivel de conocimientos.

Nivel de Conducta	Nivel de Conocimientos						Total	
	bueno		Malo		regular		t	%
	f	%	f	%	f	%		
bueno	1	3,2%	5	16,1%	25	80,6%	31	100%
malo	0	,0%	1	14,3%	6	85,7%	7	100%
regular	4	3,3%	20	16,7%	96	80,0%	120	100%
Total	5	3,2%	26	16,5%	127	80,4%	158	100%

Análisis de Spearman		Conducta	Conocimientos
Conducta	Coeficiente de correlación	1,000	,040
	Sig. (2-tailed)	.	,620
	Número de casos	158	158
Conocimientos	Coeficiente de correlación	,040	1,000
	Sig. (2-tailed)	,620	.
	Número de casos	158	158

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

Según la prueba estadística de Spearman existe correlación positiva entre el nivel de conocimientos y el nivel de conducta.

Gráfico N° 27. Nivel de conducta según nivel de conocimientos.

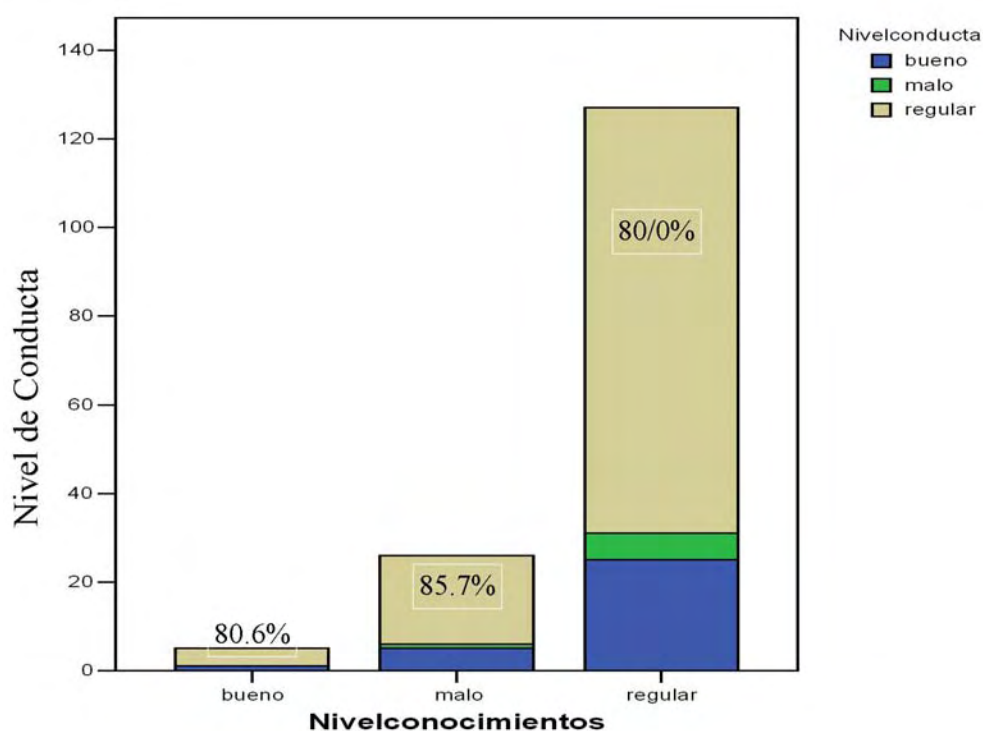


Tabla N° 28. Internos de Ciencias de la Salud según Escuela Profesional.

Escuela Académico Profesional	Frecuencia	%	Porcentaje Acumulado
Enfermería	40	25,3	25,3
Medicina	28	17,7	43,0
Nutrición	40	25,3	68,4
Obstetricia	30	19,0	87,3
Tecnología Médica	20	12,7	100,0
Total	158	100,0	

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

El 25.3% del total de la muestra lo ocupan los internos de la escuela profesional de enfermería así como también los internos de nutrición.

Gráfico N° 28. Internos de Ciencias de la Salud según Escuela Profesional.

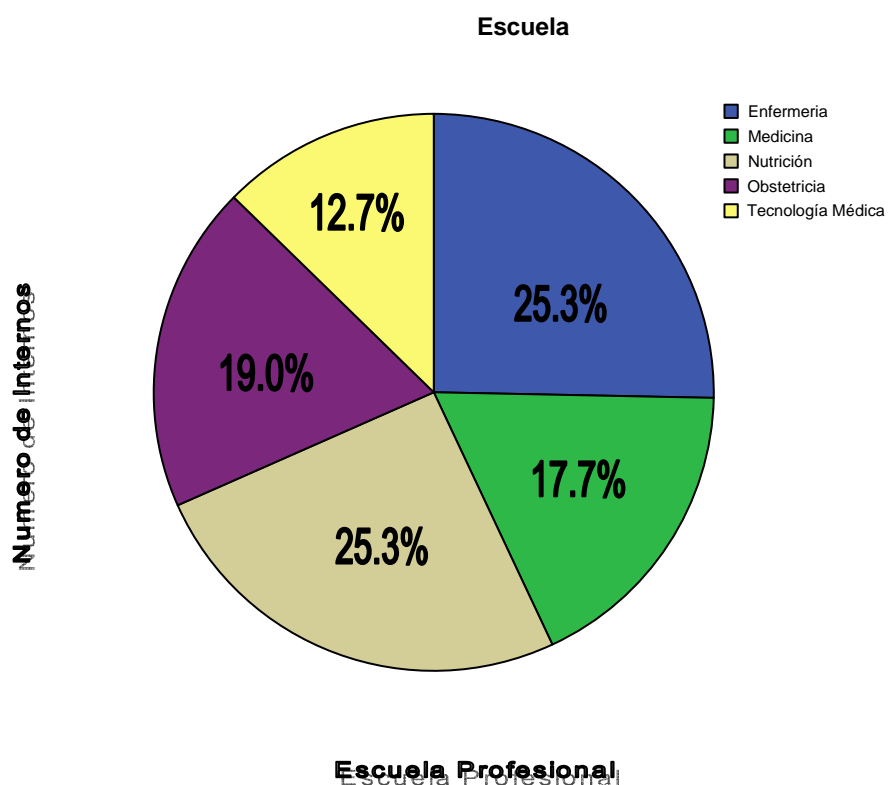


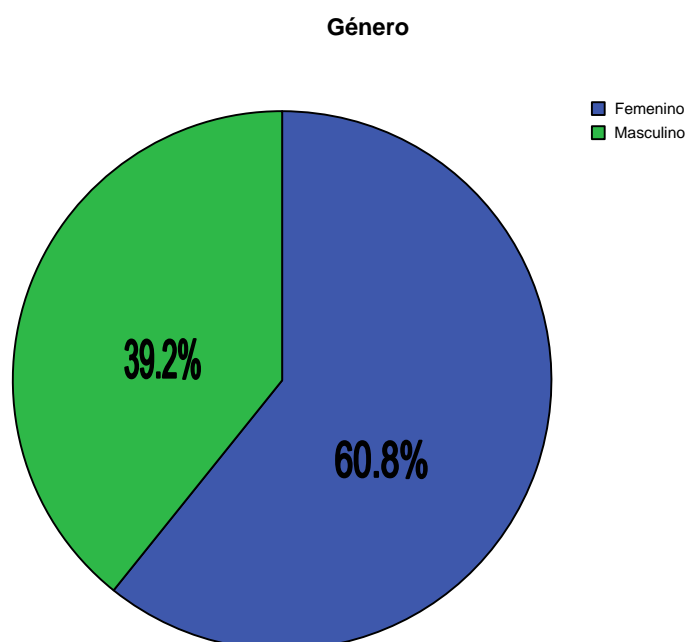
Tabla N° 29. Internos de Ciencias de la Salud según Género.

Género	Frecuencia	%	Porcentaje Acumulado
Femenino	96	60,8	60,8
Masculino	62	39,2	100,0
Total	158	100,0	

Fuente: Encuesta de niveles de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud en el año 2009.

El 60.8% de los internos de Ciencias de la Salud pertenecen al género FEMENINO, mientras el 39.2% al MASCULINO.

Gráfico N° 29. Internos de Ciencias de la Salud según Género.



V. DISCUSIÓN

Obtenidos los resultados del estudio, se considera necesario validar la metodología que se ha escogido con el fin de evaluar el nivel de conocimiento y conducta sobre salud bucal de los internos de ciencias de la salud. Un primer parámetro, ha sido la elección de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de donde se tomaron a las 5 escuelas que se agrupan en la facultad de Medicina las cuales son: nutrición, enfermería, tecnología médica, obstetricia y medicina humana, en sus alumnos que se encuentran en el último año de pregrado correspondiente a su internado hospitalario, pues posterior a este se convertirán en profesionales titulados de sus respectivas especialidades, es por eso que se vio la necesidad de evaluar la parte cognoscitiva y conductual respecto a salud bucal pues es un parámetro fundamental dentro de la salud que se debe impartir por parte de los profesionales a manera de modelos a seguir así como con consejos y recomendaciones basadas en experiencias. De esta forma se determina el resultado de la enseñanza de las ciencias de la salud en sus internos teniendo en consideración las altas tasas de prevalencia de patologías de la boca a nivel nacional de manera general sobre todas sus poblaciones estudiadas.

Otro factor a tomar en consideración es la muestra, que se basó en 158 internos de los 130 que fueron programados de los cuales 96 fueron mujeres y 62 varones. De manera distinta el trabajo realizado por **Al-Ansari** en Kuwait con 153 varones y 547 mujeres estudiantes de ciencias de la salud en distintas ramas o **Kawamura** que estudió a 126 estadounidenses y a 246 coreanos, todos estudiantes.

El número de mujeres que obtuvo un nivel de conocimientos bueno (4.2%) fue mayor al número de varones (1.6%) de la misma forma **Al-Ansari, Jassem M** también lo describe, en donde indica que las mujeres obtuvieron mayor nivel de conocimiento que los varones.

El nivel de conocimiento y conducta sobre salud bucal de los internos resulto de nivel regular a diferencia de **Al-Ansari, Jassem M** que observaron que el

conocimiento y comportamiento sobre salud bucal de los estudiantes universitarios de ciencias de la salud en Kuwait, especialmente entre los estudiantes varones, son pobres. Otro caso como **Pérez E.** concluye que en cuanto a actitudes de salud bucal para la mayoría de los estudiantes es buena.

El promedio de edad de los internos de ciencias de la salud fue de 26.47 años a diferencia de la investigación realizada por **Dumitrescu A.**, en cuyo trabajo se halló un promedio de edad de 19.25 para los estudiantes de medicina.

El porcentaje de mujeres fue mayor al de hombres para el estudio con un 60.8% de mujeres, así mismo en la investigación de **Dumitrescu A.** el 65% de su muestra fue femenina

VI. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos de los internos de ciencias de la salud de la UNMSM fue REGULAR y no presentó diferencias significativas según género, edad, ni escuela profesional.
- El nivel de conducta de los internos de ciencias de la salud de la UNMSM fue REGULAR y no existieron diferencias significativas según género, edad ni escuela profesional.
- El nivel de conocimientos y de conducta de los internos de ciencias de la salud presentó una correlación positiva según el análisis de spearman.

VII. RECOMENDACIONES

- Fomentar las investigaciones sobre salud bucal en otros grupos de estudiantes universitarios que también se beneficiarían con los resultados; ya que con los resultados es posible reconocer las falencias de estos grupos y así poder tomar las medidas necesarias para superar estos errores.
- Realizar otros estudios de investigación al respecto evaluando otras variables como índice de higiene, índice CPO, hábitos alimenticios, grupos más numerosos, etc.
- Recomendar a los alumnos universitarios a realizarse evaluaciones periódicas de placa bacteriana, en sus respectivas universidades, pues su presencia en altas cantidades es un problema significativo para conseguir una adecuada salud bucal.
- Incentivar las actividades preventivas en las comunidades universitarias pues los beneficios obtenidos serían considerables; en todo caso las facultades de odontología deberían organizar programas con actividades de carácter preventivo para los demás estudiantes de sus universidades.
- Debido a los resultados de la encuesta se debe tener en cuenta que el nivel REGULAR para el nivel de conocimiento y para el de conducta puede ser elevado a “bueno” con medidas educativas por parte de profesionales en odontología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales [documento en línea] **Oficina de Información Pública, OMS.** <<http://www.ops.org.bo/servicios/?db=b&s11=3006&se=sn>>
2. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. *Catálogo Universitario y Prospecto de Admisión 2008-ii*. Lima, Perú: centro de producción e imprenta de la UNMSM 2007.
3. Al-Ansari, Jassem M. Gender Differences in Oral Health Knowledge and Behavior of the Health Science College Students in Kuwait journal of allied health,2007<http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4040/is_200704/ai_n19197357/>
4. **Rong, W. Attitudes of dental and medical students in their first and final years of undergraduate study to oral health behaviour.** european journal of dental education. 10(3):178-184, august 2006. *rong, w. s. 1; wang w. j. 1; yip, h. k. 2*<<http://pt.wkhealth.com/pt/re/ejde/abstract.1>>
5. Pérez e., Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Que Posee La Población Universitaria De La UEES En Relación A La Salud Bucal, estudio piloto realizado en el 2005, universidad evangélica de el salvador (UEES). <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1280/1/Conocimientos-Actitudes-y-Practicas-que-posee-la-poblacion-universitaria-de-la-UEES-en-relacion-a-la-Salud-Bucal.html>>
6. Dr. Alexandrina L. Dumitrescu, A comparative study of oral health attitudes and behaviour using the Hiroshima University – Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) between dental and medical students in Romania int poster j dent oral med 2006, vol 8 no 04, poster335.<<http://ipj.quintessenz.de/index.php?content=issues&doc=poster&select=335>>
7. Takashi Komabayashi, A Comparative Study Of Oral Health Attitudes And Behaviour Using The Hiroshima University - Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) Between Dental Students In Britain And China. j oral sci 47, 1-7.<http://www.jstage.jst.go.jp/article/josnurd/47/1/47_1/_article>

8. Kawamura M. Comparison of United States and Korean dental hygiene students using the Hiroshima university-dental behavioural inventory(HU-DBI). [Int Dent J](#). 2002 Jun;52(3):156-62.
< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12090266>>
9. Universidad europea de Madrid. El Conocimiento, trabajo de investigación, 2007–2008<http://www.esp.uem.es/isbc/Trabajo_Conocimiento_Gorka.pdf>
10. Abcpedia, CONCEPTO DE APRENDIZAJE: LA BASE DE LA CULTURA, [consulta en línea enero 2009]
<<http://www.abcpedia.com/diccionario/concepto-aprendizaje.html>>
11. El Ergonomista, Definición de Conducta. [consulta en línea febrero 2009]<<http://www.elergonomista.com/biologia/conducta.htm>>
12. Recalde,Luis. Concepto y Fundamento de la Psicología Social [consulta en línea febrero2009]
<<http://www.monografias.com/trabajos5/psicoso/psicoso.shtml#acti>>
13. Rodriguez Leon, Cristian. Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7mo y 8vo Basico de la ciudad de Santiago. 2005.
<http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/rodriguez_c/sources/rodriguez_c.pdf>
14. Luengas Aguirre,, Maria. *Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud*. 2004.
<<http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a03.pdf>>.
15. Rivas Midence,Jessica. Hábitos y conocimientos de higiene bucodental de los pacientes que acuden por atención odontológica a la clínica periférica no. 1 del ihss, tegucigalpa, primer trimestre 2006.<
http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/67.pdf>
16. Centro de Salud San Pantaleon. Programa de Salud Bucal, Comunidad de Bajo Boulonge.[consulta en línea marzo 2009]
<http://www.foroaps.org/files/programa_de_salud_bucal.pdf>
17. Anatomía de la Cavidad Oral. [Consulta en línea marzo 2009]
<https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/0/mmorfoc1/1/material_alumnos/objeto/20865>
18. Gazitua, Ricardo. Manual de Semiología 2007, Examen físico de boca y faringe.

<<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualesemiologia/240examenbocafaringe.htm>>

19. Laskaris, Geroge. Patologías De La Cavidad Bucal En Niños Y Adolescentes, EDITORIAL: AMOLCA, N° EDICIÓN: 1ª, AÑO: 2001
20. Luengas Aguirre, Maria. *Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud.* 2004. <<http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a03.pdf>>
21. Negroni. Microbiología Estomatológica, fundamentos y guía práctica. Editorial panamericana año 2004..
22. Garcia, Sixto. Enfermedad de las encías. [consulta en línea] <http://enciasanas.com/sixto/index_articulos.htm>
23. Norman O. Harris , Garcia, Franklin. primera edición. 2001, Odontología Preventiva
24. Castrejon Lozano, Sarita. Metodos de Higiene bucal. [consulta en línea] <<http://www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca2.shtml>>
25. Página web Familia y Educación, Cuidado de la salud Bucal. [consulta en línea] <http://www.familiayeducacion.org/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=36>
26. Centro federeado de la Facultad de Medicina de la UNMSM. [consulta en línea] <<http://medicina.unmsm.edu.pe/inicio.asp>>
27. Liran Levin, The relationship between dental caries status and oral health attitudes and behavior in young insraeli adults. Journal of Dental Education 2004.

ANEXOS

ENCUESTA DE LA UNIVERSIDAD DE HIROSHIMA SOBRE CONDUCTA Y CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL (HU-DBI) TRADUCIDA AL ESPAÑOL Y MODIFICADA

Edad: Género: M F Escuela:

P1	Es muy necesario ir al dentista	No	Si
P2	Las encías tienden a sangrar cuando se cepillan los dientes	No	Si
P3	Ignoro los motivos del cambio del tono del color de los dientes	No	Si
P4	Las masas que quedan pegadas a los dientes sucios se denominan "placas blanquecinas"	No	Si
P5	Uso un cepillo pequeño que parece para niños	No	Si
P6	Es imposible y no se puede evitar usar prótesis al ser anciano	No	Si
P7	No se conoce a qué se deba la alteración del color de las encías	No	Si
P8	Los dientes no van a mejorar a pesar de cepillarlos diariamente	No	Si
P9	Cepillo cuidadosamente diente por diente	No	Si
P10	He recibido la enseñanza profesional de cepillado de dientes	No	Si
P11	Cepillarse sin usar pasta dental da los mismos resultados que con dentífrico	No	Si
P12	Normalmente me miro al espejo los dientes después de cepillarlos	No	Si
P13	Mucha gente tiene mal aliento, hay causas precisas del origen	No	Si
P14	Es imposible prevenir problemas de encías solamente cepillándose, se necesita utilizar hilo dental y colutorio entre otros.	No	Si
P15	Solo el dolor de diente me hace ir al dentista	No	Si
P16	He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	No	Si
P17	Uso cepillos con cerdas duras	No	Si
P18	Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente	No	Si
P19	No uso mucho tiempo para cepillarme los dientes	No	Si
P20	He oído decir a mi dentista que me cepillo bien	No	Si

CLAVES ESPERADAS

P1	Es muy necesario ir al dentista		Si
P2	Las encías tienden a sangrar cuando se cepillan los dientes	No	
P3	Ignoro los motivos del cambio de color de los dientes	No	
P4	Las masas que quedan pegadas a los dientes sucios se denominan “placas blanquecinas”	No	
P5	Uso un cepillo pequeño que parece para niños	No	
P6	Es imposible y no se puede evitar usar prótesis al ser anciano	No	
P7	No se conoce a qué se deba la alteración del color de las encías	No	
P8	Los dientes no van a mejorar a pesar de cepillarlos diariamente	No	
P9	Cepillo cuidadosamente diente por diente		Si
P10	He recibido la enseñanza profesional de cepillado de dientes		Si
P11	Cepillarse sin usar pasta dental da los mismos resultados que con dentífrico	No	
P12	Normalmente me miro al espejo los dientes después de cepillarlos		Si
P13	Mucha gente tiene mal aliento, hay causas precisas del origen		Si
P14	Es imposible prevenir problemas de encías solamente cepillándose, se necesita utilizar hilo dental y colutorio entre otros.		Si
P15	Solo el dolor de diente me hace ir al dentista	No	
P16	He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo		Si
P17	Uso cepillos con cerdas duras	No	
P18	Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente	No	
P19	No uso mucho tiempo para cepillarme los dientes	No	
P20	He oído decir a mi dentista que me cepillo bien		Si